

HELEN CRISTHIANE MÜLLER NAGANO

**DILEMAS E REFLEXÕES DE ODONTOPEDIATRAS
SOBRE ESTRATÉGIAS DE MANEJO
DO COMPORTAMENTO INFANTIL**

Tese de Doutorado

FLORIANÓPOLIS

2010

HELEN CRISTHIANE MÜLLER NAGANO

DILEMAS E REFLEXÕES DE ODONTOPEDIATRAS
SOBRE ESTRATÉGIAS DE MANEJO
DO COMPORTAMENTO INFANTIL

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia, da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Doutor em Odontologia, Área de concentração: Odontopediatria

Orientadora: Prof^ª.Dr^a. Vera Lúcia Bosco
Co-Orientador: Prof. Dr. Fabian Calixto Fraiz

FLORIANÓPOLIS

2010

Catálogo na fonte pela Biblioteca Universitária
da
Universidade Federal de Santa Catarina

N147d Nagano, Helen Cristhiane Müller

Dilemas e reflexões de odontopediatras sobre estratégias de manejo do comportamento infantil [tese] / Helen Cristhiane Müller Nagano ; orientadora, Vera Lúcia Bosco, coorientador, Fabian Calixto Fraiz. - Florianópolis, SC, 2010.
85 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Odontologia.

Inclui referências

1. Odontologia. 2. Odontopediatria. I. Bosco, Vera Lúcia. II. Fraiz, Fabian Calixto. III. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Odontologia. IV. Título.

CDU 616.314

Dedico esta tese,

À memória de meu pai, ***João Rosa Müller***, meu grande incentivador, exemplo de vida, de luta, de coragem. Pai, esta vitória é tua. É para você. Saudades...

Ao meu marido, ***Hugo Shigueru Nagano***, pelo apoio incondicional e compreensão nos momentos de estresse, dúvida e dificuldades. Te amo...

Ao meu filho ***Lucas***, que me ensinou a ser mãe e com isso, me ensinou também a ser uma odontopediatra melhor. Te amo para sempre...

Agradecimentos especiais:

A minha mãe, ***Evelin***, por todo carinho, exemplo de força e ajuda nos cuidados com o Lucas, obrigada.

A minhas irmãs, ***Kelly*** e ***Karen***, por dividirem comigo as alegrias e tristezas desse caminho...

A minha orientadora, ***Professora Dra. Vera Lúcia Bosco***, que, mais que orientar, soube compreender, apoiar e incentivar, tudo no momento certo, com as palavras certas... Obrigada de coração.

Ao meu co-orientador, ***Professor Dr. Fabian Calixto Fraiz***, que me ensinou a gostar de odontopediatria ainda na graduação. Obrigada pelas valiosas contribuições.

Agradeço ainda:

Aos professores do *Curso de Pós-Graduação em Odontologia* e, especialmente, aos professores da *Disciplina de Odontopediatria*, pelos conhecimentos transmitidos.

À *Professora Dra. Sílvia Schaeffer Tavares, a cirurgiã-dentista Eliana e a Glória*, pela oportunidade de estágio junto à equipe de odontologia para pacientes com necessidades especiais do Hospital Universitário – UFSC.

Aos meus colegas do doutorado, *Alexandre Sabatini Cavazzolla, Carla Miranda, Catherine Schimitz Espezim, Karin Faust, Maria Helena Pozzobon, Rui Tavares e Thaís Regina Kummer* pela amizade e pelos bons momentos compartilhados.

A todos, *amigos e colegas da Pós-Graduação*, especialmente a **Bianca Zimmermann dos Santos** pelo apoio e carinho.

Às secretárias *Ana Maria Vieira Frandolozo, Elizabete Caldeira de Andrade e Ivalda Delorme dos Santos*, pela presteza e atenção dispensados.

Aos meus familiares e amigos, por todo carinho e apoio.

A todos, que direta ou indiretamente, contribuíram para a conclusão de mais esta etapa.

NAGANO, H.C.M. Dilemas e reflexões de odontopediatras sobre estratégias de manejo do comportamento infantil. 2010. 85f. Tese (Doutorado em Odontopediatria) – Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

RESUMO

Este estudo buscou identificar os dilemas presentes e fazer reflexões acerca deles no que se refere às estratégias de manejo do comportamento infantil utilizadas por odontopediatras para atendimento de pacientes de comportamento difícil. Para tanto, foi realizada uma pesquisa de abordagem qualitativa e de caráter exploratório descritivo, com especialistas em odontopediatria, no município de Joinville, Santa Catarina. Realizaram-se entrevistas semi-estruturadas, com auxílio de gravador digital, as quais foram, posteriormente, transcritas na íntegra, sendo os dados trabalhados pela técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin. Observou-se que os dilemas profissionais são vários, dentre os principais, destacam-se aqueles que se referem ao consentimento para atendimento de menor, especialmente quando este atendimento envolve o uso de técnicas de manejo aversivas. Outro dilema bastante presente foi o de optar entre o manejo farmacológico ou o manejo psicológico utilizando uma técnica aversiva no caso de pacientes refratários às técnicas positivas. Verificou-se ainda, que a primeira opção dos profissionais é sempre pelo manejo psicológico positivo, mas quando técnicas aversivas são utilizadas, elas acabam por gerar desgaste físico e psicológico nos odontopediatras. Concluiu-se que as estratégias de manejo do comportamento, sejam elas psicológicas ou farmacológicas, apesar de rotineiramente empregadas na atenção odontológica à criança, ainda geram dúvidas e dilemas para o profissional, merecendo, este assunto, maior atenção dos programas de pós-graduação em odontopediatria.

NAGANO, H.C.M. Pediatric Dentists' dilemmas and reflections about child behavior management strategies. 2010. 85p. Thesis (PhD in Dentistry – Pediatric Dentistry) – Federal University of Santa Catarina, Florianópolis.

ABSTRACT

This study aimed to identify and discuss existing dilemmas that Pediatric Dentists encounter in relation to the management behavior when they attend children with difficult behavior.

A qualitative research with descriptive and exploratory character was conducted, based on interviews of Pediatric Dentists, in Joinville, Santa Catarina, Brazil. The interviews were semi-structured, registered by digital recorder, later being fully transcribed. These data were analyzed according to Bardin technique.

Various professionals' dilemmas were found, giving especial attention to doubts about minor consent forms, especially when treatment involves aversive techniques in behavior management. Another dilemma encountered was to choose between pharmacological approach and psychological management with aversive techniques, when patients are refractory to positive behavioral interventions.

Positive behavioral interventions are always the first choice, but when aversive techniques are employed, Pediatrics Dentists relate they feel physical and psychological strain. In conclusion, although psychological and pharmacological management techniques are routinely employed in pediatric dentistry, professionals still found many doubts and dilemmas, and this issue deserves more attention in Pediatric Dentistry continuing education programs.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO GERAL.....	9
2. ARTIGO 1.....	13
3. ARTIGO 2.....	25
4. ARTIGO 3.....	37
5. ARTIGO 4.....	49
6. REFERÊNCIAS DA INTRODUÇÃO GERAL.....	61
7. ANEXOS.....	62
A. Parecer do Comitê de Ética – UFSC.....	62
B. Questões norteadoras da entrevista com os odontopediatras.....	63
C. Normas para publicação dos artigos 1 e 3.....	65
D. Normas para publicação dos artigos 2 e 4.....	79

1. INTRODUÇÃO GERAL

O tratamento odontológico é uma experiência que pode envolver medo, ansiedade e estresse para algumas pessoas. Apresenta impacto significativo no comportamento da criança no consultório e na sua percepção da odontologia, caracterizando a primeira etapa a ser ultrapassada na busca de uma relação profissional-paciente satisfatória.

Atualmente, a odontopediatria apresenta um profundo conhecimento biológico com grande concentração tecnológica atingindo um nível que não era possível imaginar a poucos anos. Se por um lado novas técnicas e recursos estão à disposição da equipe profissional, por outro, ainda estamos nos primeiros passos da compreensão tanto do desenvolvimento humano da criança em seu contexto histórico quanto da verdadeira contribuição do odontopediatra ¹.

A despeito de todo o avanço técnico alcançado nos últimos anos, há casos em que ainda persiste uma sensação desagradável relacionada à experiência odontológica que se traduz pela expectativa de dor do paciente. Nesse contexto, a relação profissional-paciente é de suma importância, principalmente quando o paciente trata-se de uma criança.

Na atenção odontológica à criança, muitos são os fatores que podem influenciar de maneira negativa o tratamento, sendo o medo e a ansiedade os principais obstáculos para o profissional. O impacto emocional dos medos e as fantasias geradas a partir de uma experiência vivida, ou até mesmo relatada por alguém, também podem interferir negativamente no momento em que a criança entra em contato com o ambiente odontológico ².

O manejo do comportamento de crianças é parte fundamental da prática odontopediátrica. Para completar com sucesso um tratamento, os odontopediatras usam uma variedade de técnicas de manejo do comportamento infantil. O conhecimento aprofundado destas técnicas e, principalmente, de suas indicações, leva a uma melhor relação com o paciente, à educação dos pais a respeito da saúde bucal de seus filhos e, em última instância, a melhora na qualidade da atenção odontológica prestada ³.

As técnicas de manejo do comportamento podem ser divididas em farmacológicas (sedação consciente e inconsciente) e não farmacológicas, as quais podem ser classificadas ainda como positivas ou informativas (falar-mostrar-fazer, reforço positivo e modelagem) e como negativas ou psicológicas aversivas (controle da voz, contenção física, mão sobre a boca e mão sobre a boca com restrição da respiração nasal) ⁴.

Quando o profissional já lançou mão, sem sucesso, dos recursos positivos de manipulação do comportamento, suas alternativas limitam-se às técnicas aversivas e ao manejo farmacológico. O dilema de optar pelo manejo psicológico utilizando uma técnica aversiva ou um procedimento de caráter farmacológico em pacientes refratários às técnicas positivas é apenas um dos muitos que se apresentam corriqueiramente aos profissionais de odontopediatria e é abordado no artigo 3.

O artigo 3 enfoca ainda o pensamento dos odontopediatras a respeito do uso das técnicas de sedação na atenção odontológica à criança, pois, apesar de as técnicas psicológicas serem as mais utilizadas no manejo do paciente infantil, há pacientes que não respondem bem a esta abordagem, seja por imaturidade, seja por problemas físicos, mentais ou de conduta que afetam sua capacidade de cooperação. Nesses casos, as alternativas para conduzir o tratamento odontológico são a analgesia com óxido nitroso, a sedação pré-operatória (com medicamentos ansiolíticos) e a anestesia geral ⁵.

São várias as questões que interferem na escolha profissional pelo manejo farmacológico do paciente infantil. Dentre elas destaca-se a opção do profissional, seu conhecimento e segurança nesta área e o fato de pais, outros profissionais da área da saúde, como médicos e psicólogos, e da própria mídia mostrarem-se cada vez mais, contrários ao uso das técnicas de manejo aversivas como a mão sobre a boca, o controle da voz e a contenção física para tratamento de pacientes refratários às técnicas psicológicas positivas. O somatório desses fatores vem fazendo com que, cada vez mais odontopediatras optem pela sedação dos pacientes de comportamento difícil ⁶.

É importante ressaltar que, independente da técnica escolhida, o uso de um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) é imprescindível na atenção odontológica a crianças. O atendimento de menores sem a expressa autorização de seus pais ou responsáveis, salvo em situações de urgência ou emergência, é considerado infração ética grave segundo o Código de Ética Odontológica Brasileiro ⁷.

Logo, ao se considerar que a clínica odontopediátrica tem como seu principal foco crianças e adolescentes menores de 16 anos, portanto, legalmente incapazes de tomar qualquer decisão a seu próprio respeito, faz-se necessária a autorização do seu responsável para que qualquer ato profissional seja praticado ⁸. O uso do TCLE na atenção odontológica à criança é o tema do artigo 1.

O termo de consentimento livre e esclarecido é um documento através do qual o profissional informa, de maneira clara e com

linguagem acessível à pessoa leiga, o procedimento proposto, a forma e o tempo de seu desenvolvimento, os desconfortos e riscos a serem enfrentados, os possíveis benefícios ou malefícios, os métodos alternativos existentes e os custos, por exemplo. Enfim, tudo o que razoavelmente possa interferir na decisão, não sendo aconselhável adotar-se um padrão ante as inúmeras variáveis existentes. Dessa forma, o paciente é capaz de realizar uma escolha consciente e conseqüente⁸. O uso das técnicas aversivas, freqüente na atenção odontológica à criança, é outro fator que reforça a necessidade do uso do TCLE.

Estas técnicas são utilizadas, na maioria das vezes, em situações de imaturidade ou descontrole emocional da criança, o que acaba por gerar estresse para os pais e para o próprio profissional. Infelizmente, nem sempre os odontopediatras estão preparados para lidar com os dilemas ou com reações físicas e emocionais advindos destas situações.

Assim, é necessário lembrar que o sofrimento e o ser criança também estão presentes no profissional, seja de forma simbólica, recorrente da representação de sua própria infância e de suas dores; ou no modo introjetivo “assimilativo” de captar as dores e as crianças dos e nos seus pacientes, seus filhos, através de contatos com estes. Desta forma, segundo os autores, o que se vive no consultório – sofrimento, alegria, infância – não pertence unilateralmente ao paciente⁹. Os sentimentos e reações dos odontopediatras quando do emprego de técnicas aversivas para o atendimento é o assunto abordado no artigo 2.

O uso das técnicas aversivas é um assunto bastante controverso na área da odontopediatria, porque está nas mãos do profissional a seleção da técnica a ser utilizada. E para isso deveriam ser considerados os riscos e benefícios de cada uma delas, já que o uso destas técnicas pode representar risco psicológico para a criança se não forem corretamente indicadas e executadas, assim como, o uso das técnicas farmacológicas pode representar risco de morte se o profissional não tiver segurança e conhecimento para executá-las⁴.

Como cada criança é um indivíduo único, ela vive de forma diferente suas experiências, com condições de superar dificuldades durante o seu amadurecimento. É essencial compreender a criança de forma dinâmica, conforme a fase de desenvolvimento em que se encontra, na qual ocorrem mudanças constantes quanto à sua capacidade de entender e reagir a estímulos. Conhecer seu grau de aprendizagem e raciocínio consiste em entender sua capacidade de se adaptar às mais diversas situações e assim, identificar as estratégias comportamentais mais adequadas para cada criança de acordo com a fase de desenvolvimento em que se encontra. Utilizar bem as técnicas de

manejo comportamental é imprescindível ao sucesso de qualquer tratamento odontológico em crianças. As técnicas de manejo mais utilizadas pelos odontopediatras joinvillenses são o tema do artigo 4.

Assim, este estudo se propôs a conhecer melhor, através da abordagem qualitativa, os aspectos envolvidos no manejo de pacientes odontopediátricos, especialmente, os de comportamento difícil. Estes aspectos envolvem dilemas éticos e legais, mas também, e talvez, principalmente, sentimentos e emoções profissionais.

2. ARTIGO 1

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para o uso de técnicas aversivas de controle do comportamento na clínica odontopediátrica.

Resumo:

Este estudo buscou conhecer e compreender os aspectos envolvidos na obtenção do consentimento para atendimento de menores, por profissionais de odontopediatria, principalmente quando do emprego das técnicas de manejo do comportamento ditas negativas ou psicológicas aversivas. Assim, foi feita uma pesquisa de abordagem qualitativa e de caráter exploratório descritivo, com odontopediatras, no município de Joinville, Santa Catarina. Realizaram-se entrevistas semi-estruturadas, com auxílio de gravador digital, posteriormente transcritas na íntegra, sendo os dados trabalhados pela técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin. Observou-se que vários profissionais utilizam apenas a autorização verbal para o atendimento. Quando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi realizado por escrito, notou-se que foi empregado unicamente como uma garantia de que a informação foi repassada ao responsável pelo paciente, dando ao odontopediatra a segurança de defesa futura perante uma possível demanda judicial. Verificou-se que o TCLE ainda é visto apenas como o registro concreto de uma autorização para evitar problemas legais; quando, é preciso concebê-lo como um processo comunicativo que precede uma decisão autônoma do sujeito em se submeter à tratamento de saúde.

Palavras-chave: Odontopediatria, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, Manejo do comportamento.

Introdução:

A informação, seja verbal ou escrita, sobre um procedimento terapêutico, diagnóstico ou tratamento, tanto médico, quanto odontológico, fornecida aos pacientes ou familiares; e a forma como explicar de maneira compreensível o que está sendo repassado é uma grande preocupação entre os profissionais da saúde nos dias atuais. Não se admite mais que o profissional submeta o paciente a tratamento ou procedimento terapêutico sem obter do mesmo seu consentimento, salvo em casos específicos, como situações de urgência ou emergência. Tal informação deve ser noticiada de forma que o paciente a compreenda com a maior nitidez possível, devendo a decisão ser tomada por pessoa capaz, de forma autônoma e livre de vícios¹.

O princípio do respeito à autonomia é o fundamento ético e jurídico do consentimento informado. A obtenção de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) dos pacientes que vão se submeter a um tratamento, confirma a aceitação, consciência e concordância com os procedimentos a serem executados. A diretriz legal do consentimento livre e esclarecido tenta garantir e fortalecer a autonomia do indivíduo, principalmente em situações controvertidas da vida da pessoa. O processo de obtenção do consentimento visa o esclarecimento dos sujeitos, através do compartilhamento de informações entre o profissional e o paciente ².

Tratando-se de adulto, pessoa maior e capaz, a observância da sua vontade encontra amparo no princípio bioético da autonomia, nos cânones do biodireito ³. A questão cresce em complexidade se o paciente é criança, incapaz, portanto (ainda que em estado de consciência), de se autodeterminar e de expressar sua livre vontade de forma válida. Nos casos em que o paciente é menor de idade, ou de pacientes especiais, que não têm o discernimento do que é certo ou errado para si, existe a obrigação do profissional apresentar as possibilidades de tratamento ao seu responsável ou representante legal, para discutir e chegar à concordância do que será melhor ⁴.

No caso específico da odontopediatria, o assunto cresce em relevância, pois durante o atendimento odontológico infantil, é necessário o emprego de técnicas de manejo do comportamento da criança. Estas técnicas não só viabilizam o tratamento como também são utilizadas para desmistificar o atendimento odontológico e apresentá-lo de maneira positiva, reformulando imagens e associações com experiências passadas negativas ⁵.

Tais técnicas podem ser divididas em farmacológicas (sedação consciente e inconsciente) e não farmacológicas, estas, classificadas ainda como positivas ou informativas (falar-mostrar-fazer, reforço positivo e modelagem) e como negativas ou psicológicas aversivas (controle da voz, contenção física, mão sobre a boca e mão sobre a boca com restrição da respiração nasal). Quando o profissional já lançou mão, sem sucesso, de todos os recursos positivos de manipulação do comportamento, suas alternativas incluem o uso do manejo psicológico aversivo ou a opção por um procedimento de caráter farmacológico ⁶. É importante salientar que tanto um quanto outro, envolvem riscos, sejam psicológicos ou fisiológicos e assim sendo, requerem o uso de TCLE específicos para cada situação.

Frente às questões apresentadas, neste estudo, buscou-se conhecer e compreender os aspectos envolvidos no processo de

obtenção do consentimento para o atendimento odontológico de crianças e adolescentes, por profissionais de odontopediatria, do município de Joinville, Santa Catarina, principalmente, nos atendimentos em que não há cooperação por parte do paciente.

Procedimentos Metodológicos:

Em 2008, foi realizada pesquisa de abordagem qualitativa e de caráter exploratório descritivo, junto a cirurgiões-dentistas, registrados no Conselho Regional de Odontologia (CRO-SC) como especialistas em odontopediatria, no município de Joinville, Santa Catarina.

O tamanho da amostra foi determinado pela saturação dos dados. Como esta ocorreu depois da 15ª entrevista e, havia, no momento do início da coleta de dados (25 de agosto de 2008), 23 profissionais registrados na referida especialidade, optou-se pela inclusão da totalidade dos cirurgiões-dentistas odontopediatras no estudo, já que este fato não geraria perdas ou vieses para o trabalho.

Do total de 23 profissionais registrados como especialistas, 21 foram entrevistados e 2 se recusaram a participar. As informações foram coletadas através de entrevista semi-estruturada, incluindo dados de identificação dos profissionais (gênero, data de nascimento, estado civil, local de trabalho - serviço público ou privado, ano e local de graduação e cursos de pós-graduação realizados) e da entrevista (local, data e hora).

Para avaliação do instrumento proposto, foi realizado um estudo piloto com três profissionais. Como o instrumento mostrou-se adequado aos objetivos do estudo, incluíram-se estas entrevistas na análise dos dados. As entrevistas foram realizadas por uma única pesquisadora, em local escolhido pelos participantes. Foram feitas sete perguntas abertas, registradas em gravador digital, sendo, posteriormente, transcritas na íntegra. A técnica escolhida para a análise dos dados foi à análise de conteúdo proposta por Bardin ⁷. Todas as transcrições foram lidas exaustivamente e, a partir destas leituras foram formadas categorias temáticas, que sofreram recortes em torno dos temas avaliados.

O projeto deste estudo foi submetido à apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC, sendo aprovado sem restrições pelo parecer 0295/07. O compromisso de manter a identidade dos participantes em sigilo foi alcançado mediante o uso de codinomes (números), cada um correspondendo a um entrevistado (E).

Resultados e Discussão:

Os problemas éticos que emergiram em relação ao uso do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por profissionais de

odontopediatria foram agrupados na categoria **Forma de autorização dos pais para o uso de técnicas aversivas**. Como anteriormente citado, estas são as técnicas psicológicas mais utilizadas como último recurso em pacientes refratários ao tratamento ou não cooperadores, com os quais o gerenciamento do comportamento não obteve sucesso ⁶.

Ao abordar a questão da autorização dos pais para tratamento de menor, especialmente quando da necessidade do uso de técnicas ditas aversivas, os profissionais manifestaram-se sobre como era feita esta autorização. Entre as diferentes manifestações, detectaram-se duas questões predominantes: a autorização feita somente de forma verbal e a autorização documentada por escrito.

Nos casos de autorização verbal, pode-se notar que grande parte dos profissionais respondeu a questão justificando tal procedimento, como observado na percepção deste entrevistado: *“Não. Eu sei que é errado, mas não (referindo-se ao fato de não pedir autorização por escrito). Eu só pergunto para a mãe: “você quer que segure então?”. Eu vou te explicar como é que você segura para eu poder fazer (referindo-se ao procedimento odontológico). Daí eu mostro como ela deve fazer (a contenção física da criança), tudo... Mas eu nunca fiz nada por escrito. O certo deveria ser, né?! Mas na correria do consultório a gente sempre esquece”.* (E4).

O fato de procurarem justificar a autorização, tomada dos responsáveis somente de forma verbal e de se preocuparem com este procedimento, fica evidente através do discurso de vários odontopediatras, para os quais, a obtenção do TCLE é vista unicamente como uma garantia de que a informação foi repassada ao responsável, dando ao profissional a segurança de defesa perante uma possível demanda judicial. Tal constatação fica evidente nas palavras desta odontopediatra: *“Não pego, mas isso é puro relaxo (referindo-se a assinatura do TCLE). Porque eu sei que se houver algum problema, quem vai “entrar pelo cano” sou eu, digamos assim. Deveria, deveria... Mas é feito só verbalmente, com o consentimento deles (dos pais). Não peço nunca para pai e mãe saírem da sala. Por mais que tudo esteja estressante, cansativo... Mas a gente tem que lidar com a família inteira, não tem jeito.”* (E5).

Segundo Maluf e colaboradores ⁸, o uso do consentimento livre e esclarecido, é um instrumento fundamental para a comunicação entre o paciente e o profissional de saúde, capaz de proporcionar uma relação mais honesta e transparente. Assim, o cirurgião-dentista não deve ater-se somente aos aspectos legais que o consentimento informado sustenta, transformando-o num documento burocrático para evitar possíveis

processos legais que porventura possam ocorrer, mas entendê-lo como um instrumento de cidadania, o qual garante informação ao paciente e, portanto, respeito à sua autonomia.

De acordo com o Código Civil Brasileiro, os pais têm o dever constitucional de assistir, criar e educar os filhos menores, competindo-lhes representá-los até os 16 anos e assistí-los após essa idade, até os 18 anos, momento em que se tornam plenamente capazes para todos os fins de direito ⁹. Segundo o Código de Ética Odontológica ¹⁰, capítulo V, artigo 6º, inciso VI, é considerado infração ética iniciar tratamento de menor sem autorização de seus pais, responsáveis ou representantes legais, exceto em caso de urgência ou de emergência.

Juridicamente, o consentimento é dado pelos representantes legais da criança ou adolescente, normalmente, seus pais. Parece, no entanto razoável, sempre que possível, ouvir a criança ou o adolescente, respeitando sua vontade, desde que esta não agrave seu estado ou ponha sua vida em perigo. Em outras palavras, consideradas as condições pessoais do paciente menor (sua idade, capacidade de percepção e de cumprir as prescrições médicas), deve-se respeitar, o quanto possível e razoável, seu consentimento livre e esclarecido ¹¹.

Segundo Adewumi e colaboradores ¹², incluir a criança nas decisões sobre o seu tratamento envolve não somente dar informações, mas adequar estas informações de modo que a explicação seja entendida e a oportunidade de fazer uma escolha informada seja criada. Para os autores, crianças que recebem a oportunidade de participar deste processo de consentimento adicional mostram-se mais satisfeitas e envolvidas com seu tratamento.

O preceito do respeito à vontade da criança, foi observado por um profissional, como se pode verificar nas palavras a seguir: “[...] **no mínimo, se tiver que colocar curativo, se coloca..., se tiver que se fazer alguma endodontia ou uma pulpotomia momentânea, que seja... mas tudo é feito com o consentimento da criança, sem grandes atritos no consultório**”. (E8).

Embora pacientes menores de 16 anos não tenham competência legal para autorizarem seus próprios tratamentos, eles são, muitas vezes, capazes de entender os propósitos e as consequências advindas de sua realização. Envolvê-los em decisões que dizem respeito a eles mesmos significa reconhecer sua autonomia, ouvindo-os com respeito e, sempre que houver a possibilidade, validando sua contribuição para o próprio cuidado odontológico ¹³.

A Associação Brasileira de Odontopediatria (ABO-Odontopediatria), em seu manual de referência para procedimentos

clínicos, considera que as decisões a respeito do uso de técnicas de adaptação do comportamento não podem ser feitas unicamente pelo dentista. Devem envolver os pais e, sempre que possível, a criança, corroborando a importância de seu envolvimento no tratamento.¹⁴

Nas demais entrevistas observou-se que uma das grandes preocupações, por parte dos odontopediatras, é com os responsáveis pela criança. Os profissionais acreditam ser avaliados pelos pais por sua capacidade de resolutividade mesmo em situações onde o fator comportamental infantil é um desafio. Este é um fator gerador de angústias na prática odontopediátrica, pois, segundo os especialistas, há uma “cobrança velada” dos responsáveis por resultados rápidos no atendimento odontológico dos filhos, sem a preocupação com a forma como este atendimento é realizado, o que fica evidente nas palavras deste profissional: “[...] *eu sempre conversava com a mãe antes... (antes do atendimento). E quando a mãe chegava com um problema já estabelecido, ela queria mesmo era a resolução do problema, então*”... *(referindo-se ao fato de os pais não questionarem a contenção física por quererem resolver logo o problema bucal do filho).* (E14)

Observa-se que o procedimento em si, para os pais ou responsáveis, acaba ganhando importância quando comparado à relação interpessoal entre o profissional e o paciente. Este fato tem levado grande parte dos odontopediatras a atenderem seus pacientes menores sob contenção física, mesmo quando não é uma emergência. Assim, para os pais, o atendimento sob contenção, acaba tornando-se, muitas vezes, sinônimo de resolutividade, rapidez e economia, já que as consultas de condicionamento da criança, na maioria das vezes, demandam tempo e geram custos.

Nesse contexto, é importante que outra reflexão seja feita. Segundo Corrêa⁶, não é simplesmente o ato de conter a criança fisicamente ou de falar em um tom de voz mais enérgico que representam atitudes antiéticas por parte do profissional, mas sim, a finalidade pela qual esta técnica é executada: para que a criança simplesmente coopere com o tratamento imposto? Ou para que compreenda a necessidade e importância do tratamento, como será executado, e para que sinta que o profissional se importa com ela, quer o seu bem e necessita de sua participação? Este tipo de reflexão sempre deve estar presente em todas as decisões do tratamento.

Cabe ressaltar ainda que, vários responsáveis e outros tantos profissionais esquecem-se de que o ambiente do consultório odontológico pode eliciar ansiedade e pode também, relacionar-se a padrões de comportamentos operantes de fuga ou esquiva. Essa

aversividade ao contexto odontológico atinge especialmente a criança, exposta a uma situação que, dependendo do procedimento odontológico em execução ou da habilidade do profissional, pode provocar dor, ansiedade e medo ¹⁵.

Atualmente, uma das principais preocupações da bioética trata da relação entre o profissional de saúde e o paciente no que concerne ao uso do poder – adquirido pelo saber de um, em detrimento da liberdade do outro. É necessário que o profissional saiba administrar este poder de maneira a não interferir na individualidade de seu paciente, e, no caso específico de pacientes menores, também, na individualidade de seus responsáveis. O consentimento livre e esclarecido deveria disciplinar a relação dentista/paciente, retirando o autoritarismo técnico, passando a vigorar a tolerância, o convívio entre estranhos morais e o respeito à autonomia ⁸.

De acordo com Sharp e Kuthy, um dos objetivos de se discutir bioética nos cursos de graduação em odontologia é prover o profissional com ferramentas conceituais que irão ajudá-lo a refletir de forma mais clara sobre as questões éticas que dizem respeito a sua prática profissional cotidiana, ajudando-o a colocar-se, de forma madura e consciente, no lugar de seu paciente, um ser humano com crenças, valores e limitações de conhecimento técnico e científico na área odontológica. Esse exercício, segundo os autores, tornaria a relação profissional-paciente mais harmônica ¹⁶.

Quando se reporta à área da odontopediatria, a relação profissional-paciente passa a apresentar aspectos ainda mais delicados, não só por se estar intervindo numa fase na qual os pacientes estão crescendo e se desenvolvendo física e organicamente, mas também, concomitantemente, estão em franco processo de formação de sua subjetividade. Neste sentido, todas as experiências advindas da interação com a situação odontológica irão, de alguma maneira, influenciar no desenvolvimento psicológico dos pacientes, uma vez que farão parte do contexto de suas vidas. É dever do odontopediatra então, fazer com que a vivência da criança com a odontologia seja um elemento que contribua positivamente para seu crescimento e desenvolvimento como indivíduo ⁶.

Assim, antes de se iniciar qualquer procedimento, o profissional deve informar seu paciente (responsável) sobre todos os passos, os objetivos, os possíveis riscos, as consequências de sua intervenção e mesmo, de sua não intervenção. Somente após tal comunicação, o sujeito estará apto a fornecer um consentimento livre e esclarecido. O consentimento informado nada mais é do que a garantia de que houve

comunicação entre profissional e paciente e que se chegou a um entendimento sobre a intervenção a ser ou não realizada.

Ainda, segundo Maluf e colaboradores ⁸, o consentimento deve ser específico para cada procedimento, o que vem de encontro às recomendações preconizadas pela Academia Americana de Odontopediatria (American Academy of Pediatric Dentistry – AAPD), que, em 2009 publicou diretrizes a respeito do assunto para orientar seus membros. Em relação ao uso de técnicas de manejo aversivas, a recomendação é a de que um termo de consentimento específico seja elaborado para este propósito, separado daquele que envolve aspectos relativos ao tratamento do paciente, ou seja, o consentimento deve ser específico para o procedimento em questão ¹⁷.

Verificou-se que este fato gera confusão entre os profissionais, pois, vários deles, que declararam utilizar TCLEs para atendimento, na verdade, referiam-se ao fato de solicitarem a assinatura dos pais nas fichas clínicas de seus filhos, considerando esta assinatura como um consentimento informado dado pelos responsáveis para todo e qualquer procedimento clínico ou terapêutico, o que transparece nas palavras deste profissional: ***“Na minha ficha clínica já fala... (pega a ficha na mão para mostrar duas linhas escritas ao final da folha). Eu tenho esse documento por escrito que eu peço para assinar, na ficha, já na primeira consulta eles já assinam. Apesar de que eu peço para ler e a maioria não lê (referindo-se aos pais, no momento da assinatura)... só para inglês ver... Normal, é o básico.” (E6).***

No passado, a autonomia do paciente era relegada a segundo plano, posto que as decisões do profissional da área da saúde eram inquestionáveis e os pacientes acreditavam nos profissionais sem ressalvas. Somado a isso, havia menos esclarecimento da população e as leis não eram tão severas quanto à necessidade de informação, dentre outros aspectos. Também, é importante destacar que as informações eram passadas verbalmente, costume ainda hoje existente, como observado neste estudo.

O objetivo do Consentimento Livre e Esclarecido é fazer prevalecer à autonomia do paciente, após a passagem de informações claras e precisas sobre um possível tratamento terapêutico por parte do profissional da saúde. Ocorre que, atualmente, existe uma grande preocupação entre as classes médica e odontológica de como expor a devida informação sobre um diagnóstico, tratamento ou procedimento aos seus pacientes, de forma que eles a compreendam, esclarecendo assim, todas as suas dúvidas.

Cabe salientar que o direito à informação está garantido no artigo 6º, inciso III, bem como no artigo 31, do Código de Defesa do Consumidor¹⁸, representando um dever essencial, básico, para que haja harmonia e transparência nas relações de consumo. Há de ser ressaltado, que o direito a informação, tem fundamento nos Direitos Humanos e na própria Constituição Brasileira¹⁹, pois o seu cerceamento fere a liberdade de expressão, bem como a dignidade da pessoa humana, fundamentos basilares para uma sociedade democrática de direito. É natural que as pessoas queiram participar de decisões que refletirão em suas próprias vidas, não se devendo afastar o direito destes indivíduos, de decidir qual o melhor caminho a ser tomado em determinada situação, sempre orientados pelos profissionais com todas as informações possíveis sobre o seu tratamento.

Diante dos aspectos aqui apresentados, espera-se que este estudo venha a contribuir para as discussões hoje existentes sobre o uso do TCLE no atendimento infantil, bem como, sobre a participação dos responsáveis e, sempre que possível, da própria criança ou adolescente, nas discussões sobre seu tratamento. Espera-se ainda, que a classe odontológica observe com maior atenção as técnicas que têm sido utilizadas como auxiliares no tratamento dos pacientes pediátricos e, principalmente, as razões que levam os profissionais ao uso, cada vez mais freqüente, destas técnicas.

Considerações Finais:

O uso do consentimento esclarecido é uma premissa básica nos atendimentos de saúde nos dias atuais. A efetivação de que a informação foi repassada de forma clara e precisa e de que o consentimento foi realmente esclarecido se dá através da anuência do paciente ou seu responsável legal, assinando um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Atualmente, além de existirem normas éticas e jurídicas que impõem o fornecimento de informações, a simples palavra do profissional não possui valor probatório e, quando não comprovada por outro meio de prova, presume-se que a informação não foi transmitida ao paciente. Em razão disso, e como instrumento de garantia à autonomia do paciente, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido passou a constituir elemento fundamental e indispensável na relação entre profissionais e pacientes.

Assim, deve-se reconhecer que o consentimento informado tem uma sólida fundamentação legal e que, ao mesmo tempo, é a expressão de uma atitude eticamente correta. O exercício do consentimento informado envolve, em primeiro lugar, uma relação humana dialogante, o que elimina uma atitude arbitrária, prepotente ou paternalista por parte

do profissional da saúde. Este posicionamento do profissional manifesta o reconhecimento do paciente e/ou seu responsável legal como um ser autônomo, livre e merecedor de respeito.

A formação dos futuros cirurgiões-dentistas, em especial, odontopediatras, deve necessariamente incluir uma profunda reflexão à luz da bioética. Tópicos sobre a situação de vulnerabilidade do paciente infantil durante o atendimento odontológico, principalmente, quando do uso das técnicas de manejo do comportamento aversivas, cujos procedimentos componentes levam a discussão de temas extremamente delicados, tais como a violência contra crianças, os danos morais estritamente psíquicos, a dor, o desconforto, a desigualdade de força e consciência entre paciente e cirurgião-dentista e todas as demais discussões bioéticas que a partir daí se produzem, devem sempre permear o atendimento odontológico à criança.

Acredita-se que um olhar crítico sobre a necessidade do uso de tais técnicas na clínica odontopediátrica rotineira revele que, muitas vezes, a conversa, muita paciência – tanto dos pais, quanto dos profissionais -, e informação clara para os responsáveis sejam suficientes para um atendimento mais tranquilo, ético e humano. Sabe-se, porém, que, em alguns casos, seu uso se faz necessário, já que alguns pacientes odontopediátricos, como bebês ou pacientes com necessidades especiais que, devido à características particulares, são incapazes de controlar seu corpo na cadeira odontológica, estando sujeitos ao risco de ferirem-se com os instrumentais, por exemplo, podem ser considerados indicações para o uso destas técnicas.

É necessário discutir e repensar o atendimento odontológico à criança e a forma com que são tratados tanto os pacientes quanto seus responsáveis. Assim, espera-se que o uso do consentimento informado torne-se uma prática rotineira no atendimento odontológico à menores, não pelo valor legal que o documento possa ter, mas pelo valor ético, moral e humanitário que o mesmo representa. Tornar a discussão bioética uma realidade no ensino de graduação e pós-graduação em odontologia parece ainda o caminho mais certo para se chegar a esta realidade.

Colaboradores:

HCM Nagano é autora da tese de doutorado que deu origem ao artigo e elaborou os originais do mesmo. FC Fraiz e VL Bosco foram, respectivamente, co-orientador e orientadora da tese e revisaram os originais do artigo.

Agradecimentos:

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES, pelo apoio financeiro.

Ao Curso de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina – CPGO/UFSC, pela oportunidade valiosa de aprendizado e de descobertas.

Referências:

1. Silva RM. *O uso do termo de consentimento informado como forma de isenção da responsabilidade civil por parte do médico* [dissertação]. Porto Alegre (RS): Faculdade de Direito da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2006.
2. Neiva-Silva L, Lisboa C, Koller SH. Bioética na pesquisa com crianças e adolescentes em situação de risco: dilemas sobre o consentimento e a confidencialidade. *J Bras Doenças Sex Transm* 2005; 17 (3): 201-06.
3. Barboza HHG. Princípios do biodireito. In: Barboza HHG, Barreto V, Meirelles J. organizadores. *Novos temas de biodireito e bioética*. Rio de Janeiro: Renovar; 2003. p. 49-81.
4. Gonçalves PE, Garbin CAS, Garbin AJI. Quem deve escolher o tratamento: o paciente ou o cirurgião-dentista? Uma reflexão bioética. *Rev da Fac de Odontol Anápolis*, 2005; 7 (2): 23-25.
5. Mastrantonio SS, Gomes AC, Neves LT, Costa B. Manejo do comportamento infantil no consultório Odontológico – Relato de Caso Clínico. *J Bras Odontopediat Odontol Bebê*, 2004; 7 (37): 230-37.
6. Corrêa MSNP, Leber PM, Ramos DLP. Uma reflexão acerca dos aspectos psicológicos e éticos no tratamento odontológico de pacientes infantis. In: CORRÊA, M.S.N.P. *Sucesso no atendimento odontopediátrico. Aspectos psicológicos*. São Paulo: Editora Santos; 2002. p. 221-25.
7. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2006.
8. Maluf F, Carvalho GP, Diniz Júnior JC, Bugarin Junior JG, Garrafa V. Consentimento livre e esclarecido em odontologia nos hospitais públicos do Distrito Federal. *Ciênc. saúde coletiva* 2007; 12 (6): 1737-46.
9. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil Brasileiro. *Diário Oficial da União* 2002; 11 jan.
10. Conselho Federal de Odontologia. *Código de Ética Odontológica*. Resolução nº 42 de 20 de maio de 2003. 24p.

11. Barboza HHG. Bioética e biodireito: quem defende os interesses da criança? In: Scharamm FR, Braz M, organizadores. **Bioética e Saúde: novos tempos para mulheres e crianças?** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. p. 125-138.

12. Adewumi A, Hector MP, King JM. Children and informed consent: a study of children's perceptions and involvement in consent to dental treatment. **Br Dent J** 2001; 191 (5): 256-59.

13. Common paediatric dental emergencies [clinical]. **Br Dent J** 2008; 4 (5): 256-60.

14. Klatchoian DA, Noronha JC, Toledo OA. Adaptação comportamental do paciente odontopediátrico. In: Massara MLA, Rédua, PCB, coordenadores. **Manual de referência para procedimentos clínicos em odontopediatria.** São Paulo: Santos; 2010. p. 45-60

15. Fioravante DP, Soares MRZ, Silveira JM, Zakir NS. Análise funcional da interação profissional-paciente em odontopediatria. **Estud psicol** 2007; 24 (2): 267-77.

16. Sharp HM, Kuthy RA. What do dental students learn in an ethics course? An analysis of student-reported learning outcomes. **J Dent Educ** 2008; 72 (12): 1450-57.

17. American Academy of Pediatric Dentistry. **Guideline on Informed Consent. Reference Manual** 2009; 31 (6): 247-49.

18. Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. **Diário Oficial da União** 1990; 12 set.

19. Brasil 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Senado, Brasília: DF.

3. ARTIGO 2

Atitudes e reações geradas pelo uso das técnicas de manejo aversivas na clínica odontopediátrica.

Resumo:

Este estudo, uma pesquisa de abordagem qualitativa e de caráter exploratório descritivo, realizada com odontopediatras do município de Joinville, Santa Catarina, Brasil, visa conhecer e compreender, pela ótica destes, suas atitudes e reações, assim como, de pais e crianças, quando, para atendimento odontológico, são empregadas técnicas de manejo do comportamento ditas negativas ou psicológicas aversivas. Assim, realizaram-se entrevistas semi-estruturadas, com uso de gravador digital, as quais posteriormente, foram transcritas na íntegra. Os dados foram analisados pela técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin. Grande parte dos profissionais considera estes atendimentos, apesar de rotineiros, complicados, relatando casos de tremores, dores de cabeça e extremo cansaço físico e psicológico durante e após os mesmos. O olhar profissional também revelou que os pais aceitam bem os procedimentos, mostrando-se participativos e seguros, enquanto as crianças choram e ficam agitadas; o que colabora com o cansaço e estresse relatados pelos profissionais. Concluiu-se que as técnicas de manejo aversivas, apesar de bastante empregadas, geram dilemas para os profissionais durante e após seu emprego, apontando a necessidade de que este conteúdo seja mais bem explanado nos cursos de aperfeiçoamento e especialização em odontopediatria.

Palavras-chave: Manejo do comportamento, bioética, odontopediatria.

Introdução:

O manejo do comportamento de crianças é parte fundamental da atenção odontológica à crianças. Para completar com sucesso um tratamento, os odontopediatras usam uma variedade de técnicas de manejo do comportamento infantil. O conhecimento aprofundado destas técnicas e, principalmente, de suas indicações, leva a uma melhor relação dentista-paciente, à educação dos pais a respeito da saúde bucal de seus filhos e, em última instância, a uma melhora na qualidade da atenção prestada ¹.

Em alguns pacientes, o manejo do comportamento se faz necessário para a realização do tratamento. Em outros casos, ele é utilizado apenas para desmistificar o tratamento odontológico e

apresentá-lo de maneira positiva, reformulando imagens e associações com experiências passadas negativas².

As técnicas de manejo do comportamento podem ser divididas em farmacológicas (sedação consciente e inconsciente) e não farmacológicas, as quais podem ser classificadas ainda como positivas ou informativas (falar-mostrar-fazer, reforço positivo e modelagem) e como negativas ou psicológicas aversivas (controle da voz, contenção física, mão sobre a boca e mão sobre a boca com restrição da respiração nasal)³.

O uso das técnicas aversivas, freqüente na clínica odontopediátrica, é realizado, na maioria das vezes, em situações de imaturidade ou descontrole emocional da criança, o que acaba por gerar estresse para os pais e para o próprio profissional. Infelizmente, nem sempre os odontopediatras estão preparados para lidar com os dilemas ou com reações físicas e emocionais advindos destas situações.

Frente às questões apresentadas, este estudo se propôs à, através do olhar do profissional, conhecer e compreender as atitudes e reações dos odontopediatras, pais e crianças, quando da necessidade do emprego, para atendimento odontológico, das técnicas de manejo do comportamento ditas negativas ou psicológicas aversivas, ou seja, nos atendimentos em que não há cooperação por parte do paciente.

Procedimentos metodológicos:

Em 2008, foi realizada, pesquisa de abordagem qualitativa e de caráter exploratório descritivo, junto a cirurgiões-dentistas, registrados no Conselho Regional de Odontologia como especialistas em odontopediatria, no município de Joinville, Santa Catarina.

O tamanho da amostra foi determinado pela saturação dos dados. Como esta ocorreu depois da 15ª entrevista e havia no momento do início da coleta de dados (25 de agosto de 2008), 23 profissionais registrados na referida especialidade, optou-se pela inclusão da totalidade dos cirurgiões-dentistas odontopediatras no estudo, já que este fato não geraria perdas ou vieses para o trabalho.

Do total de 23 profissionais registrados como especialistas, 21 foram entrevistados e 2 se recusaram a participar. As informações foram coletadas através de entrevista semi-estruturada, incluindo dados de caracterização dos profissionais (gênero, data de nascimento, estado civil, local de trabalho – serviço público ou serviço privado, ano e local de graduação e cursos de pós-graduação realizados) e da entrevista (local, data e hora).

Para avaliação do instrumento proposto, foi realizado um estudo piloto com três profissionais. Como o instrumento mostrou-se adequado

aos objetivos do estudo, incluíram-se estas entrevistas na análise dos dados. As entrevistas foram realizadas em local escolhido pelos participantes. Foram feitas sete perguntas abertas, registradas em gravador digital, sendo, posteriormente, transcritas na íntegra. A técnica escolhida para a análise dos dados foi à análise de conteúdo proposta por Bardin ⁴. Todas as transcrições foram lidas exaustivamente e, a partir destas leituras, foram formadas categorias temáticas, que sofreram recortes em torno dos temas avaliados.

O projeto deste estudo foi submetido à apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC, sendo aprovado sem restrições pelo parecer 0295/07. A pesquisadora comprometeu-se a manter a identidade dos participantes em sigilo, com uso de codinomes (números), cada um correspondendo a um entrevistado (E).

Resultados e Discussão:

As questões bioéticas que emergiram em relação ao uso das técnicas de manejo negativas ou psicológicas aversivas foram agrupadas nas categorias **“Sentimentos que emergem no profissional ao fazer uso das técnicas aversivas”**, **“Reação dos pais frente ao uso das técnicas aversivas”** e **“Reação da criança frente ao uso das técnicas aversivas”**.

Sentimentos que emergem no profissional ao fazer uso das técnicas aversivas:

Ao abordar a questão dos sentimentos que afloram no profissional quando este precisa fazer uso de técnicas aversivas para atendimento, os odontopediatras relataram como se sentem física e emocionalmente durante e após estes atendimentos. Dentre as diferentes manifestações, detectaram-se duas questões predominantes: os profissionais que se dizem totalmente tranquilos ao executarem estes atendimentos e aqueles que não se sentem totalmente tranquilos, expressando as mais diversas reações, dentre elas: estresse, tensão, ansiedade, cansaço físico ou psicológico, dores de cabeça e tremores.

Nos casos em que os profissionais responderam que se sentiam totalmente tranquilos ao executar um atendimento com o uso de técnica aversiva, observou-se que procuravam justificá-la afirmando que o atendimento precisava ser feito, pois era uma necessidade da criança. Os discursos destes odontopediatras expressam bem essa idéia:

“Normal (revelando a forma como se sentiu durante o atendimento)... eu sabia que precisava fazer... que aquela era a alternativa [...]” E3.

“[...] tranqüila... às vezes, você fica meio assim (expressando seu sentimento durante o atendimento)... Mas vai fazer o quê? Tem que ser... Se a criança precisa [...]” E4.

O fato destes profissionais buscarem uma justificativa sobre as razões que os levaram a fazer um atendimento utilizando contenção física ou alguma outra estratégia de manejo aversiva, mostra que, na verdade, eles não se sentem tão confortáveis quanto afirmam estar para executar tais procedimentos.

A Academia Americana de Odontopediatria (American Academy of Pediatric Dentistry – AAPD) considera que as técnicas de manejo do comportamento aversivas, como a contenção física, devem ser usadas com o objetivo de realizar um tratamento efetivo no paciente infantil, buscando, com isso, uma atitude odontológica positiva por parte da criança nos próximos atendimentos ⁵.

No entanto, a Associação Brasileira de Odontopediatria (ABO-Odontopediatria) ⁶, ressalta que o uso de técnicas de manejo aversivas requerem o diagnóstico apropriado do comportamento e a execução eficaz e segura da técnica selecionada, o que demanda conhecimento e experiência avançada na área, pois corre-se o risco de se produzir sérias consequências para a criança, tais como dano físico e psicológico, perda da dignidade e violação dos direitos do paciente.

No grupo dos odontopediatras que relataram não se sentirem totalmente tranqüilos quando da necessidade do emprego de uma técnica aversiva para atendimento, algumas questões apareceram com maior frequência, como o extremo cansaço físico e psicológico durante e após o atendimento e a ocorrência tremores e dores de cabeça, como observado no discurso desta profissional:

“Tensão... Estresse... Cansaço, logo após... porque é super cansativo (referindo-se aos sentimentos que afloram após um atendimento feito sob contenção física). Porque você tem que manter um equilíbrio. Eu, não posso em nenhum momento começar a chorar... nem sair correndo, que de vez em quando, essa é a vontade... É ou não é?! A vontade é essa. Mas você tem que manter um equilíbrio emocional o tempo todo... falando baixinho, o tempo todo... conversando... então isso dá um desgaste danado... Eu tenho muita dor de cabeça sempre...” E5.

Em novembro de 2003, a AAPD revisou as técnicas de manejo do comportamento e filosofias utilizadas, a fim de determinar como elas se enquadravam na sociedade atual e suas implicações para o futuro. As estratégias de manejo do comportamento foram discutidas por profissionais de odontologia, profissionais de outras áreas, pais e

professores. Concluiu-se que mais pesquisas deveriam ser feitas visando o aprimoramento das técnicas existentes e o desenvolvimento de novas técnicas de manejo do comportamento. Sugeriu-se ainda, mudanças no currículo dos cursos de pós-graduação em odontopediatria e no protocolo clínico estabelecido anteriormente (1988)⁷.

Como resultado desta revisão, a AAPD estabeleceu um novo protocolo clínico para o uso das técnicas de manejo do comportamento infantil. O documento contém definições, objetivos, indicações e contra-indicações para o uso destas técnicas e é dirigido aos profissionais dos Estados Unidos e Canadá membros da American Academy of Pediatric Dentistry. Este protocolo clínico foi baseado na literatura existente sobre o assunto e na experiência clínica e acadêmica da comunidade odontopediátrica norte-americana⁸.

No Brasil, a ABO – Odontopediatria⁶ publicou, no ano de 2009, protocolos clínicos para diversos procedimentos, dentre eles, para o uso das técnicas de manejo no consultório odontopediátrico. O protocolo brasileiro classifica as técnicas aversivas como técnicas avançadas de adaptação do comportamento, as quais devem ser ensinadas somente em programas de treinamento avançado em odontopediatria, avaliando-se sempre a real necessidade de seu uso.

É importante salientar que os protocolos existentes preocupam-se com os riscos e benefícios do uso das estratégias de manejo do comportamento em relação à criança, com a possibilidade de um potencial trauma físico ou emocional nos pacientes; além de também se preocuparem com os riscos de uma possível demanda judicial no futuro, por parte dos responsáveis legais.

Em nenhum protocolo, no entanto, são encontradas considerações de como os profissionais devem lidar com os dilemas, sentimentos e reações advindos do uso de técnicas aversivas. O dilema na adoção da técnica, as reações físicas e emocionais afloram com nitidez em alguns discursos, como pode ser observado em:

“Antes, é o profissional que está atuando (referindo-se ao momento do atendimento em que é necessário o uso de uma técnica aversiva). ... eu sei que aquela criança precisa e a gente acaba fazendo... No depois, aí eu tenho um pouco de depressão... não gosto... tanto que eu faço técnica de relaxamento respiratório... Assim, demora até voltar ao clima, eu tenho tremor... não é um atendimento que eu goste de fazer, mas na maioria da vezes, é preciso... Então, quando vem a depressão, eu procuro pensar nisso (referindo-se à necessidade de tratamento apresentada pela criança)...”. E19.

Para Amaral e Barreto ⁹, é necessário lembrar que o sofrimento e o ser criança também estão presentes no odontopediatra, seja de forma simbólica, recorrente da representação de sua própria infância e de suas dores; ou no modo introjetivo “assimilativo” de captar as dores e as crianças dos e nos seus pacientes, seus filhos, através de contatos com estes. Assim, segundo os autores, o que se vive no consultório – sofrimento, alegria, infância – não pertence unilateralmente ao paciente.

Segundo Sharp e colaboradores ¹⁰, em estudo realizado com estudantes sobre os dilemas éticos cotidianos encontrados na prática odontológica extra-muros, observou-se que, uma das dificuldades apontadas foi a respeito de suas próprias competências ou habilidades para lidarem com pacientes de comportamento difícil. Os estudantes relaram falta de confiança e preparo no manejo de pacientes não colaboradores.

É necessário que o profissional escolha a técnica ou método baseado na anamnese e na história do paciente, buscando sempre um relacionamento interpessoal ético, respeitando a criança como indivíduo. E que o tratamento seja realizado sempre visando o bem-estar físico e psicológico tanto do paciente, quanto do profissional, que deve se entender como ser humano, portador de sentimentos e passível de dilemas profissionais, os quais devem ser por ele compreendidos e trabalhados. Isso é necessário para que sua prática profissional possa ser mais tranqüila e para que problemas de saúde ocupacional, tanto físicos quanto psicológicos, sejam evitados.

Reação dos pais frente ao uso das técnicas aversivas:

É importante que o profissional domine as indicações e a forma correta de execução das técnicas de manejo aversivas, baseando sua escolha na avaliação do risco/benefício para a criança, sempre considerando a necessidade de tratamento desta, as conseqüências do não tratamento e a possibilidade de um trauma físico e/ou emocional. Porém, é importante que sua decisão envolva também a vontade do responsável legal pela criança (normalmente, seus pais) e, sempre que possível, a vontade da própria criança.

Embora o uso das técnicas de manejo aversivas requeira a utilização de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido próprio, vários profissionais ainda não estão familiarizados com tal documento e o mesmo pode-se dizer a respeito dos responsáveis legais pela criança. Assim, é imprescindível que o odontopediatra informe aos pais a respeito da natureza da técnica a ser utilizada, seus riscos, benefícios e as alternativas existentes ao seu uso.

Neste estudo, grande parte dos profissionais relatou contar com a total colaboração dos pais para execução de técnicas aversivas, apesar de poucos terem usado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido próprio, específico para o procedimento em questão. Os odontopediatras entrevistados disseram ter explicado a técnica apenas verbalmente aos responsáveis, e estes, colaboraram, mostraram-se seguros e tranquilos, quando do momento de sua execução. O discurso destes odontopediatras expressa bem essa idéia:

“Olha, nunca nenhum me disse que não... (referindo-se a resposta dos pais quando questionados sobre a necessidade do uso de uma técnica aversiva). Porque eu sempre pergunto: “você quer mesmo segurar?” Às vezes a própria mãe fala: “não dá para segurar?”. Daí é sempre a mãe ou o pai que segura, não a minha secretária. A minha secretária, no máximo, o que ela faz é ajudar a segurar a cabeça... Mas nenhuma (mãe) até hoje disse: “ai, não quero que segure o meu filho”. E4.

“[...]Então, os pais também se sentem seguros e tem tratamento que é feito com a criança chorando o tempo todo, mas sempre com a colaboração dos pais, eles sempre ajudam. Segurar a mão, a cabeça ou, segurar no colo, eles sempre participam[...].” E1.

“[...] E eu acredito assim, que essa calma, essa segurança que o profissional passa para a família. Até porque você fala antes o que pode acontecer... faz com que a mãe ou o pai fique um pouquinho mais tranqüilo... eu noto isso assim. Mas já tive casos de mãe chorar... Mas eu tento levar, depois converso com a mãe... não tenho tido problemas assim.... Graças a Deus [...]” E2.

Segundo estudo realizado por Eaton *et al*¹, as técnicas aversivas menos toleradas pelos pais são a mão sobre a boca (HOM), seguida da contenção física e do controle da voz. Os autores identificaram a técnica positiva do falar-mostrar-fazer como a mais bem aceita pelos responsáveis no manejo do comportamento infantil. À exceção da HOM, todas as técnicas foram aprovadas pelos pais. Este procedimento, apesar de pouco aceito pelos pais e muito discutido por especialistas, ainda é utilizado como pode-se verificar no seguinte discurso:

“Aquela coisa que a gente aprende na especialização de tamponamento também (se referindo a HOM)... eu até chego, em casos de muito choro ou coisa assim, já aconteceu de falar no ouvido, com uma voz mais incisiva às vezes..., gritar não, mas um pouco... com uma voz mais ríspida, quando o negócio tá muito confuso... Mas eu não... não gosto”. E1.

Cabe ao odontopediatra avaliar quando e qual técnica empregar, baseado na anamnese do paciente e em sua experiência clínica. Porém, o diálogo com o responsável pela criança deve ser constante, explicando-lhe sempre, em detalhes, a técnica de manejo escolhida, às alternativas para esta técnica e, os riscos e benefícios que a mesma oferece.

Além disso, sempre que possível este diálogo deve envolver também a criança, que deve ser informada e esclarecida sobre o tratamento ao qual será submetida e sua importância, favorecendo assim o estabelecimento de um vínculo de confiança com o profissional e a cooperação por parte do paciente que se sente respeitado e valorizado enquanto ser humano.

Reação da criança frente ao uso das técnicas aversivas:

Dentre as reações mais frequentemente relatadas pelos profissionais por parte dos pacientes infantis, estão: choro, agitação e medo. O choro foi relatado por todos os profissionais quando estes necessitaram empregar uma técnica aversiva para atendimento. Assim, o choro é considerado pelos odontopediatras uma reação corriqueira, conforme se observa no discurso deste profissional:

[...] aí é claro, que os pequeninhos de até dois anos vão chorar, e alguns maiores, também... mas aí, a mãe tá ninando, a mãe tá ali o tempo inteiro... e aí vai chorar, porque é uma coisa diferente, uma coisa estranha (referindo-se ao procedimento odontológico) [...]. E5

A agitação foi outra reação relatada com frequência pelos odontopediatras. Esta, nem sempre vinha acompanhada de choro, mas sempre que ocorria, tornava o atendimento ainda mais difícil como se verifica nas palavras desta odontopediatra:

[...] Se não, não tem jeito, a criança sai da cadeira pulando, agitada, ai... uma confusão... e a mãe fala: “a tia não vai te machucar”, sabe?! Que assim, às vezes a mãe quer ajudar e acaba... no fim, atrapalhando. Porque é coisa de mãe [...]. E2.

Segundo Bottan *et al*¹¹, o impacto emocional, os medos e as fantasias gerados pelo atendimento odontológico devem ser considerados pelo profissional, pois a forma como a criança elabora essa experiência é decisiva na formação de suas expectativas e reações à consulta odontológica e à imagem do cirurgião-dentista.

O atendimento de pacientes temerosos é um grande desafio para o odontopediatra e o conhecimento prévio do paciente e da família facilitam seu trabalho, assim como a visualização da criança, pelo profissional, como um ser humano completo.

No discurso dos profissionais a respeito das reações mais comuns do paciente infantil quando técnicas de manejo aversivas precisam ser utilizadas, o medo também esteve bastante presente, como observado no seguinte discurso:

“[...]Então, eu me acostumei a fazer assim, às vezes a criança, quando tá, muito assustada, com medo... você é obrigada a conter (faz gesto de contenção física), mas levemente, basicamente para que ela fique só sentada, mas eu acho assim ó... Eu não tenho problema, se você tá tranqüila, é incisiva na ordem que você dá, você é firme, você transmite essa segurança para a criança, ela aceita perfeitamente [...]”. E3.

Kantaputra *et al* ¹², observaram como os pacientes odontopediátricos se sentiam a respeito de oito técnicas de manejo usadas com frequência nos consultórios. Para tanto, crianças e adolescentes entre 6 e 17 anos, assistiram a um vídeo, que continha cenas das técnicas de manejo avaliadas: falar-mostrar-fazer, reforço positivo, anestesia geral, pacote pediátrico, contenção física, abridor de boca, controle de voz e HOM. A técnica do falar-mostrar-fazer foi eleita como a melhor técnica e a HOM, foi considerada a pior. A contenção física e o controle da voz também tiveram avaliações consideradas ruins pelos autores.

Os procedimentos componentes das técnicas de manejo do comportamento aversivas como HOM e da própria contenção física do paciente infantil, levam a discussão de temas extremamente delicados, tais como a violência contra crianças, os danos morais estritamente psíquicos, a dor, o desconforto e a desigualdade de força e consciência entre paciente e cirurgião-dentista. Neste cenário, técnicas que obriguem o indivíduo, mediante uso de força física, a calar-se, sentir-se atemorizado, constrangido ou até mesmo mais desesperado por não entender o que ocorre, não têm se mostrado eficazes na desmistificação do ambiente odontológico para a criança, favorecendo apenas reações como o choro e o medo ¹³.

No ano de 2006, a HOM foi removida da lista de técnicas de manejo do comportamento avançadas recomendadas pela AAPD. Esta mudança baseou-se na natureza controversa da técnica e nos riscos associados ao seu uso e marcou, simbolicamente, o início de um movimento da Academia Americana de Odontopediatria direcionado ao manejo comportamental menos restritivo e menos aversivo ¹⁶.

Assim, ressalta-se que o odontopediatra precisa estar preparado técnica e psicologicamente para enfrentar situações em que o medo e a agitação estão frequentemente presentes e saber que o choro é a

principal forma de comunicação não-verbal utilizada pela criança. Esta, dependendo da sua idade, não encontra outras formas de expressão para mostrar seu descontentamento com o ambiente e/ou atendimento odontológico que, apesar de nem sempre agradar a criança, é extremamente importante para a manutenção de sua saúde.

Considerações Finais:

O estudo da bioética e sua aplicabilidade no exercício da profissão odontológica constitui ponto fundamental na formação profissional. Os conflitos éticos que envolvem a atividade laborativa do cirurgião-dentista ensejam reflexões prévias para atitudes coerentes com os preceitos éticos. A formação do odontopediatra, em especial, deve envolver tópicos não só sobre como e quando utilizar as técnicas de manejo aversivas, mas sobre como lidar com os conflitos éticos e com os estados emocionais que seu uso pode evocar.

O contexto odontológico, por si só, detém vários eventos aversivos, de modo que o medo de dentista constitui uma queixa freqüente em grande parte da população mundial. O ambiente do consultório odontológico pode eliciar ansiedade e também relacionar-se a padrões de comportamentos operantes de fuga ou esquiva. Essa aversividade ao contexto odontológico atinge especialmente a criança, exposta a uma situação que, dependendo do procedimento odontológico em execução ou da habilidade do profissional, pode provocar dor, ansiedade e medo ¹⁴.

É importante salientar que a criança vem ao consultório trazida pelos pais, quando estes entendem que o atendimento odontológico é necessário, assim, normalmente, a criança não opina sobre a questão. Observa-se ainda, que o choro é uma reação normal e esperada nas crianças com menos de três anos de idade, a quem falta compreensão da situação odontológica. Já as crianças maiores que apresentam este tipo de reação, têm necessidade de adequação do comportamento.

Cabe ao odontopediatra a escolha da técnica ou método a ser empregado. Esta escolha deve basear-se na anamnese do paciente, buscando sempre respeitar a criança como indivíduo, realizando o tratamento com vistas ao seu bem-estar físico e psicológico ¹⁵.

Além disso, o responsável legal pelo paciente infantil deve ser exaustivamente esclarecido sobre a escolha terapêutica do profissional, seus riscos e benefícios. Uma forma de garantir a concretização deste diálogo é através do uso do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que deve ser específico para cada procedimento. Sempre que possível, a criança deve ser incluída neste diálogo e esclarecida

sobre o seu tratamento para que possa entender a necessidade deste e também sua importância enquanto sujeito.

Destaca-se que, muitas vezes o conhecimento e o saber lidar com estados emocionais da criança, em especial o choro, normalmente substituem a necessidade de técnicas agressivas como a HOM ou até mesmo a sedação e a anestesia geral ¹⁵. Além disso, as mudanças pelas quais está passando a sociedade atual, o progresso ocorrido nas estratégias de marketing e mídia, nos meios de comunicação e o próprio avanço tecnológico, contribuem, a cada dia, para que o diálogo e o condicionamento feito através de estratégias e técnicas psicológicas positivas sejam vistos como o melhor, se não único, caminho para adaptação da criança ao ambiente odontológico.

Colaboradores:

HCM Nagano é autora da tese de doutorado que deu origem ao artigo e elaborou os originais do mesmo. FC Fraiz e VL Bosco foram, respectivamente, co-orientador e orientadora da tese e revisaram os originais do artigo.

Agradecimentos:

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES, pelo apoio financeiro.

Ao Curso de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina – CPGO/UFSC, pela oportunidade valiosa de aprendizado e de descobertas.

Referências:

1. Eaton JJ, McTigue DJ, Fields HW, Beck FM. Attitudes of contemporary parents toward behavior management techniques used in pediatric dentistry. *Pediatr Dent* 2005; 27 (2): 107-13.
2. Mastrantonio SS, Gomes AC, Neves LT, Costa B. Manejo do comportamneto infantil no consultório Odontológico – Relato de Caso Clínico. *J Bras Odontopediatr Odontol Bebê* 2004; 7 (37): 230-37.
3. Corrêa MSNP, Leber PM, Ramos DLP. Uma reflexão acerca dos aspectos psicológicos e éticos no tratamento odontológico de pacientes infantis. In: Corrêa MSNP. *Sucesso no atendimento odontopediátrico. Aspectos psicológicos*. São Paulo: Editora Santos; 2002. p. 221-25.
4. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2006.
5. Sheller B. Challenges of managing child behavior in the 21st century dental setting. *Pediatr Dent* 2004; 26 (2): 111-13.
6. Klatchoian DA, Noronha JC, Toledo OA. Adaptação comportamental do paciente odontopediátrico. In: Massara MLA, Rédua

PCB, coordenadores. **Manual de referência para procedimentos clínicos em odontopediatria**. São Paulo: Editora Santos; 2010. p.45-62.

7. McTigue DJ. Behavior management for the pediatric dental patient – Introductory Comments. **Pediatr Dent** 2004; 26 (2): 110.

8. American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on behavior guidance for the pediatric dental patient. **Reference Manual** 2008; 31 (6): 132-140.

9. Amaral LA, Barreto RA. Psicologia e odontopediatria: entre pedaços e/ou relações? In: Corrêa MSNP. **Odontopediatria na primeira infância**, 3ª. Ed. São Paulo: Editora Santos; 2010. p. 9-21.

10. Sharp HM, Kuthy RA, Heller KE. Ethical dilemmas reported by fourth-year dental students. **J Dent Educ** 2005 ; 69 (10) : 1116-22.

11. Bottan ER, Trentini L, Araújo SM. Ansiedade no tratamento odontológico: levantamento em estudantes do ensino fundamental do município de Pouso Redondo – SC. **Rev Fac Odontol Univ Passo Fundo** 2007; 12 (3): 7-12.

12. Kantaputra PN, Chiewcharnvalijkit K, Wairatpanich K, Malikaew P, Aramrattana A. Children's attitudes toward behavior management techniques used by dentists. **J Dent Child** 2007; 74 (1): 4-9.

13. Lopes Júnior C, Carvalho SPM, Silva RHA, Peres AS. Técnica da mão-sobre-a-boca em odontologia: implicações jurídicas e reflexões bioéticas. **Arq Ciênc Saúde** 2005; 12 (2): 97-101.

14. Fioravante DP, Soares MRZ, Silveira JM, Zakir NS. Análise funcional da interação profissional-paciente em odontopediatria. **Estud psicol** 2007; 24 (2): 267-77.

15. Bosco VL. **Aspectos psicológicos e bioéticos relacionados ao ensino da odontopediatria** [Monografia]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2003.

16. York KM, Mlinac ME, Deibler MW, Greed TA, Gamem I. Pediatric behavior management techniques: a survey of predoctoral dental students. **J Dent Educ** 2007; 71(4): 532-39.

4. ARTIGO 3

Odontopediatria e Sedação: o que os profissionais pensam a respeito?

Resumo:

No intuito de conhecer e compreender o que os odontopediatras pensam a respeito da sedação e de seu uso como alternativa às técnicas de manejo aversivas para atendimento de pacientes não cooperadores, foi realizada uma pesquisa de abordagem qualitativa e de caráter exploratório descritivo, junto a cirurgiões-dentistas, especialistas em odontopediatria, no município de Joinville, Santa Catarina. As informações foram coletadas através de entrevistas semi-estruturadas, registradas em gravador digital e depois transcritas na íntegra. A técnica escolhida para análise dos dados foi à análise de conteúdo proposta por Bardin. Pôde-se observar que vários profissionais consideram a sedação dos pacientes desnecessária, mesmo nos casos considerados mais complexos, como os de pacientes com comportamento difícil. Observou-se ainda, que alguns odontopediatras preferem não sedar seus pacientes com medo de que ocorra alguma complicação de ordem médica pelo uso da técnica, enquanto outros revelaram não confiar nas técnicas de sedação consciente por insucessos ocorridos no passado. Insegurança para fazer ou indicar um paciente para sedação, seja ela consciente ou inconsciente, também foi citado. Concluiu-se que as técnicas de sedação do paciente infantil, apesar de muito discutidas, ainda geram dificuldades e dilemas para os profissionais sobre seu emprego, apontando a necessidade de que este conteúdo seja mais bem explanado nos cursos de aperfeiçoamento e especialização em odontopediatria.

Palavras-chave: Técnicas de sedação, manejo do comportamento, odontopediatria.

Introdução:

O manejo da ansiedade do paciente no consultório odontológico tem sido objeto de diversos estudos. O fato de o contexto odontológico deter muitos componentes aversivos faz com que o medo do dentista constitua uma queixa freqüente em grande parte da população mundial. O ambiente do consultório pode eliciar ansiedade e medo, podendo também relacionar-se a padrões de comportamentos operantes de fuga ou esquiva, sendo essa aversividade fortemente observada na criança, exposta a uma situação que, dependendo do procedimento em execução ou da habilidade do profissional, pode provocar dor, ansiedade e medo¹.

Durante o atendimento odontopediátrico, é comum o emprego de técnicas de manejo do comportamento infantil. Em alguns pacientes, o emprego destas técnicas se faz necessário para a realização do tratamento. Em outros casos, elas são utilizadas apenas para desmistificar e apresentar de maneira positiva o contexto odontológico, reformulando imagens e associações com experiências passadas negativas².

Tais técnicas podem ser divididas em farmacológicas (sedação consciente e inconsciente ou profunda) e não farmacológicas, que podem ser classificadas como positivas ou informativas (falar-mostrar-fazer, reforço positivo e modelagem) e como negativas ou psicológicas aversivas (controle da voz, contenção física, mão sobre a boca e mão sobre a boca com restrição da respiração nasal)³.

Dentre as técnicas farmacológicas, a sedação consciente é caracterizada como sendo uma depressão mínima do nível de consciência produzida por métodos farmacológicos ou não-farmacológicos (ou sua combinação), sendo mantidos a respiração espontânea, os reflexos protetores e a capacidade de resposta a estímulos físicos e comandos verbais. Já a anestesia geral, sedação inconsciente ou profunda é definida como um estado induzido de depressão generalizada do sistema nervoso central, levando à inconsciência, à perda total ou parcial dos reflexos protetores, incapacidade de respiração espontânea (devendo o paciente estar entubado) e incapacidade de resposta a estímulos físicos e comandos verbais⁴.

No Brasil, o método farmacológico mais difundido para o controle de ansiedade no consultório odontológico é a sedação por via oral com medicamentos ansiolíticos do grupo dos benzodiazepínicos, como diazepam, midazolam e lorazepam. Entretanto, nos últimos anos, a técnica de sedação inalatória com mistura dos gases óxido nitroso e oxigênio vem sendo cada vez mais empregada, proporcionando ao cirurgião-dentista e, especialmente ao odontopediatra, uma ferramenta valiosa no controle da ansiedade⁵.

A literatura é rica em mostrar as vantagens da sedação em suas várias formas e métodos. Porém, pesquisas de abordagem qualitativa que explorem a opinião de odontopediatras a respeito do tema, são desconhecidas. Frente às questões apresentadas, este estudo se propôs a conhecer e compreender a opinião de profissionais de odontopediatria, do município de Joinville, Santa Catarina, sobre as diversas formas de sedação e sobre seu uso como alternativa às técnicas de manejo aversivas em pacientes não colaboradores.

Procedimentos Metodológicos:

Em 2008, foi realizada pesquisa de abordagem qualitativa e de caráter exploratório descritivo, junto a cirurgiões-dentistas, registrados no Conselho Regional de Odontologia como especialistas em odontopediatria, no município de Joinville, Santa Catarina.

O tamanho da amostra foi determinado pela saturação dos dados. Como esta ocorreu depois da 15ª. entrevista e, havia, no momento do início da coleta de dados (25 de agosto de 2008), 23 profissionais registrados na referida especialidade, optou-se pela inclusão da totalidade dos cirurgiões-dentistas odontopediatras no estudo, já que este fato não geraria perdas ou vieses para o trabalho.

Do total de profissionais, 21 foram entrevistados e 2 se recusaram a participar. As informações foram coletadas através de entrevista semi-estruturada, incluindo dados de caracterização (gênero, data de nascimento, estado civil, local de trabalho – serviço público ou serviço privado, ano e local de graduação e cursos de pós-graduação realizados) e da entrevista (local, data e hora).

Para avaliação do instrumento proposto, foi realizado um estudo piloto com três profissionais. Como o instrumento mostrou-se adequado aos objetivos do estudo, incluíram-se estas entrevistas na análise dos dados. As entrevistas foram realizadas em local escolhido pelos participantes. Foram feitas sete perguntas abertas, registradas em gravador digital, sendo, posteriormente, transcritas na íntegra. A técnica escolhida para a análise dos dados foi à análise de conteúdo proposta por Bardin ⁶. Todas as transcrições foram lidas exaustivamente e, a partir destas leituras foram formadas categorias temáticas, que sofreram recortes em torno dos temas avaliados.

O projeto deste estudo foi submetido à apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC, sendo aprovado sem restrições pelo parecer 0295/07. A pesquisadora comprometeu-se a manter a identidade dos participantes em sigilo, mediante o uso de codinomes (números), cada um correspondendo a um entrevistado (E).

Resultados e Discussão:

As questões levantadas pelos profissionais quando questionados sobre o que pensam a respeito da sedação de pacientes para atendimento, bem como sobre o uso da sedação como recurso alternativo às técnicas de manejo negativas ou psicológicas aversivas (contenção física, mão sobre a boca e controle da voz) foram agrupadas na categoria **Pensamentos sobre a sedação**. Pode-se observar a formação de duas sub-categorias em relação ao uso e indicação da

sedação de pacientes: os profissionais favoráveis e os profissionais contrários às técnicas.

Profissionais Favoráveis:

Poucos odontopediatras mostraram-se totalmente favoráveis e seguros em relação ao uso e/ou indicação das técnicas de sedação. Entre estes profissionais, alguns pontos comuns foram observados como justificativa para esta opinião, como: o aumento da rentabilidade do consultório, a diminuição do estresse do profissional e a possibilidade de se evitar trauma psicológico optando-se pela sedação do paciente em lugar do uso de uma técnica de manejo aversiva. Alguns destes pontos podem ser observados nas palavras desta profissional:

[...] Então eu acho assim: a odontopediatria sem a sedação é um... não é uma área rentável, porque você não pode cobrar muito, porque tem um limite... E a área da sedação eu acho mais produtivo também para o profissional... Eu acho válido, tem demanda, paciente para isso... (referindo-se a pacientes com indicação para sedação). Quem domina a técnica, tem suporte médico..., eu acho que se torna rentável. É bom pro paciente e é bom pro profissional [...]. E1.

Para Saab⁷, nos casos em que técnicas de sedação são utilizadas, observa-se o estabelecimento de um ambiente extremamente mais cordial e positivo entre paciente e profissional, permitindo um enfoque bem mais simpático da odontologia por parte do paciente e ao mesmo tempo, aumento da produtividade com aprimoramento da qualidade por parte do cirurgião-dentista.

Apesar de as técnicas psicológicas serem as mais utilizadas no manejo do paciente infantil, há casos de crianças que não respondem bem a esta abordagem, seja por imaturidade, seja por problemas físicos, mentais ou de conduta que afetam sua capacidade de cooperação. Nesses casos, as alternativas para conduzir o tratamento odontológico são a analgesia com óxido nitroso, a sedação pré-operatória (com medicamentos ansiolíticos) e a anestesia geral⁸.

A anestesia geral está indicada em pacientes extremamente ansiosos ou que apresentem sua capacidade de cooperação diminuída e que requeiram procedimentos longos e invasivos, potencialmente dolorosos ou desconfortáveis⁹. Uma das indicações da técnica é observada no discurso desta odontopediatra:

[...] agora, o caso de uma criança que já tem mais cáries... como eu não sou a favor de, cada vez que a criança vem sedar... (referindo-se a técnicas de sedação consciente), aí eu já acho mais seguro fazer com anestesia geral. Daí faz tudo... Agora, quando é pouca cavidade, daí eu acho assim um pecado, enviar para o hospital, fazer uma

anestesia geral. Que é uma coisa assim que em 15 minutos você consegue fazer, então eu acho legal um trabalho com sedação, tanto com medicamento, quanto com o nitroso (óxido nitroso). Acho que o importante no final é ter um resultado com menos trauma. E2.

A Associação Brasileira de Odontopediatria (ABO-Odontopediatria) ressalta a importância da avaliação das condições médicas do paciente antes da administração da anestesia geral como: taxa de batimento cardíaco, pressão arterial, taxa respiratória e saturação de oxigênio em intervalos específicos durante todo o procedimento até que os critérios pré-determinados de alta sejam alcançados¹⁰.

Para Jameson *et al*¹¹, mesmo quando bem indicada, a anestesia geral, sedação inconsciente ou profunda, não gera nos pais o mesmo nível de satisfação que a sedação consciente. Segundo os autores, a taxa de satisfação de pais que submeteram seus filhos à sedação consciente foi de 71%. Já a dos pais que optaram pela anestesia geral, foi de 33%. Quando questionados se repetiriam o mesmo tratamento no futuro, casos seus filhos necessitassem, 86% dos pais de crianças sedadas de forma consciente disseram que sim frente a somente 24% dos pais de filhos sedados de forma inconsciente.

Salienta-se que os propósitos da sedação consciente e da anestesia geral são diferentes. Dentre os objetivos da sedação consciente estão: manter a segurança e o bem-estar do paciente, minimizando a dor e o desconforto e controlando sua ansiedade. Minimizar o trauma psicológico e maximizar o potencial para amnésia, controlando o comportamento e/ou o movimento para permitir a conclusão segura do procedimento. Já a anestesia geral tem por finalidades proporcionar segurança, eficiência e cuidado odontológico eficaz, eliminando a ansiedade, reduzindo movimentos intempestivos e reações ao tratamento odontológico. Visa ainda auxiliar no tratamento do paciente física ou mentalmente comprometido, eliminando a resposta da dor do paciente¹⁰.

A sedação consciente pode utilizar tanto agentes isolados quanto combinados. As formas mais populares de agentes sedativos usados isoladamente em odontopediatria são o hidrato de cloral e os ansiolíticos do grupo dos benzodiazepínicos¹². Entre os agentes combinados, destaca-se a sedação inalatória com a mistura dos gases óxido nitroso e oxigênio, cuja utilização foi regulamentada no Brasil pelo Conselho Federal de Odontologia há apenas seis anos, através da resolução 51/2004¹³. Muitos profissionais ainda apresentam dúvidas quanto à técnica (que requer um curso preparatório específico) e ao grau de sedação alcançado, como expressado neste discurso:

“[...] Bom, eu uso óxido nitroso. Eu tenho curso, e já uso faz uns 8 anos... Mesmo antes da liberação eu já usava... (referindo-se a resolução 51/2004, que regulamenta o uso da técnica no Brasil). Eu acho que ajuda bastante. Quem critica e coisa é porque não sabe como funciona... Eu recebo muito paciente assim que o pessoal indica porque eles acham que a criança vai dormir... (referindo-se ao desconhecimento de colegas em relação ao grau de sedação alcançado com a técnica).” E6

São várias as questões que interferem na escolha profissional pelo manejo farmacológico do paciente infantil. Dentre elas destaca-se a opção profissional, o conhecimento e a segurança em seu emprego e o fato de pais, outros profissionais da área da saúde, como médicos e psicólogos, e da própria mídia mostrarem-se cada vez mais, contrários ao uso das técnicas de manejo aversivas como a mão sobre a boca, o controle da voz e a contenção física para tratamento de pacientes refratários às técnicas psicológicas positivas. A aparente agressividade destas técnicas, vem fazendo com que, cada vez mais odontopediatras optem pela sedação dos pacientes de comportamento difícil ⁹.

Ramacciato et al ¹⁴, salientam que nenhuma das técnicas de sedação é perfeita, apresentando limitações e indicações específicas para cada situação clínica. Para o profissional bem informado e capacitado a sedação consciente e inconsciente são escolhas distintas e o perfil do paciente, bem como o procedimento odontológico a ser realizado, devem ser considerados para determinar a seleção do método.

Profissionais Contrários:

A maioria dos profissionais entrevistados mostrou-se contrária ao manejo farmacológico do paciente especificando diversas razões para tal opinião, como: o risco de ocorrência de uma emergência de ordem médica, as indicações limitadas (seja pela idade do paciente, seja por problemas de saúde apresentados por ele), a retirada da autonomia de cooperação e da possibilidade de evolução comportamental do paciente pela sedação, o sucesso do profissional no manejo psicológico e mesmo decepções anteriores pelo fracasso no uso de alguma técnica de sedação, fazendo com que o manejo farmacológico seja visto como desnecessário.

O discurso desta odontopediatra expressa bem a preocupação com a ocorrência de uma emergência de ordem médica pelo uso da sedação:

[...]Eu tenho medo. Eu tenho medo... (referindo-se ao ato de sedar um paciente). Apesar dessa ciência, a gente assim que lida com ciência, a gente que é professora, sabe das estatísticas e apesar de

dizerem que “é zero vírgula não sei das quantas...” se acontecer comigo é 100% (referindo-se a alguma emergência médica). E se acontecer de um paciente meu entrar em um estado que eu não consiga reverter, é 100% com os pais do meu paciente também... [...]. E5.

Segundo Wilson ⁹, a sedação de crianças para procedimentos odontológicos envolve grandes riscos. Dano cerebral e morte são os desfechos mais dramáticos para o paciente, a família, a equipe auxiliar e, para o próprio profissional. Estas consequências trágicas são causadas principalmente por problemas respiratórios e comprometimento das vias aéreas superiores em crianças sedadas. Riscos menores incluem vômito, agitação, comportamento irracional e/ou paradoxal e extremos nos parâmetros fisiológicos, como taquicardia ou bradicardia, por exemplo.

Desde que respeitada a concentração mínima de 30 a 40% de gás oxigênio na mistura, muitos autores considerarem que não existem contra-indicações absolutas para o uso da sedação consciente com óxido nitroso e oxigênio. No entanto, Saab et al ⁷ salientam que pacientes com obstrução das vias aéreas superiores, com problemas comportamentais severos, com problemas cardíacos ou pulmonares, psiquiátricos e crianças menores de dois anos, são considerados contra-indicações relativas ao uso da técnica. Assim, uma boa anamnese da criança é imprescindível antes de um procedimento que envolva sedação.

A questão das limitações na indicação da sedação consciente, especialmente para crianças menores de dois anos, que têm sua capacidade de cooperação e entendimento bastante limitadas e que usam o choro como forma freqüente de comunicação foi destacada por vários profissionais, como salientado por essas odontopediatras:

“Olha, na minha pós a gente usou... (referindo-se a formas de sedação consciente). Só que assim, só pode ser criança maior de três anos. E geralmente, o que você mais precisa é em criança menor do que isso. Aí a alternativa é a anestesia geral...” E4.

“[...] eu tenho amigas pediatras (odontopediatras), que investiram nessa questão do óxido nitroso e começaram a fazer e disseram que naqueles casos em que realmente a gente precisa do óxido nitroso, que é de um ano e meio, dois (crianças nessa faixa etária), a criança não faz aspiração e, além disso, nem é indicação... (da técnica). Então, quer dizer... não me garante nada. Então, eu não preciso disso porque nos outros casos (referindo-se a crianças de outras faixas etárias), eu consigo trabalhar [...]” E5.

Segundo a Associação Brasileira de Odontopediatra (ABO-Odontopediatria), a sedação pode ser usada com segurança e eficácia em

pacientes incapazes de receber o cuidado odontológico por razões de idade, condição mental, física ou médica. A necessidade de diagnosticar e tratar, assim como a segurança do paciente, do profissional e da equipe de funcionários deve ser considerada para o uso da sedação ¹⁰.

Em países da Europa e nos Estados Unidos, é bastante difundido o uso de métodos farmacológicos como a sedação consciente e a anestesia geral para o tratamento de pacientes refratários ou de pouca idade, com base no princípio de que estes métodos propiciam a possibilidade de um tratamento rápido e menos desgastante tanto para o paciente quanto para o profissional. Seu emprego, porém, segundo Bosco ¹⁵, é questionável, merecendo uma reflexão bioética apurada, já que poderiam estar tirando do paciente o direito de cooperar com o tratamento, reduzindo sua autonomia. O discurso destas profissionais expressa bem a preocupação com a questão da redução da autonomia do paciente e da dificuldade de evolução comportamental:

“[...] Sei de colegas minhas que usam a sedação até para fazer selantes... Mas daí você também não dá chance de ir modificando a atitude da criança, então, a questão comportamental vai por água abaixo... [...]” E7.

“[...] Eu continuo defendendo a idéia de que a criança sem sedação, ela está vendo a realidade, trabalhando com as situações e isso está ajudando a criança até a se fortalecer... ela vai aprender a encarar mais uma realidade que o mundo impõe. Então, tudo que puder sem sedação, ótimo [...]” E8.

Para Elias e Elias ¹⁶, a média de pacientes infantis (incluindo pacientes especiais) que realmente precisa de anestesia geral para procedimentos odontológicos está em torno de 3%. Os autores relatam que vêem com satisfação que técnicas psicológicas já preconizadas e técnicas alternativas têm se mostrado extremamente úteis no condicionamento do paciente, pois a princípio todo paciente é cooperador ou apresenta um potencial de cooperação, cada um a seu nível de compreensão. Segundo os autores, o profissional que atende crianças deve sempre procurar caminhos alternativos buscando não tornar seu paciente dependente da anestesia geral ou outro tipo de sedação para tratamento odontológico, visando com isso a evolução comportamental da criança.

Vários odontopediatras entrevistados destacaram seu sucesso no atendimento de pacientes não cooperadores utilizando para isto apenas o manejo psicológico e referindo não sentirem necessidade do manejo farmacológico. Esta opinião é expressa a seguir:

“Nos meus 20 anos (de experiência profissional), eu encaminhei três crianças para a sedação. Dessas três crianças, duas eram PCs (referindo-se à crianças com paralisia cerebral).” E8.

“Eu não vejo necessidade. Eu não vejo necessidade (referindo-se à sedação de pacientes de comportamento difícil). Eu não trabalho com técnica de sedação, porque esta é a minha realidade de consultório. Eu acho que o condicionamento resolve. Eu faço assim no máximo três sessões de condicionamento, explico pros pais, tem um caso ou outro... mas assim, é muito difícil... E, eu não acho necessário (sedar) assim... sinceramente... no meu caso assim, eu consigo... eu nunca precisei utilizar essas técnicas.” E10.

Insucessos anteriores com a utilização de técnicas de sedação também foram razões citadas pelos profissionais para justificar o fato de serem contrários ao seu uso, como pode ser observado nas palavras desta odontopediatra:

“Assim... eu já fiz vários tipos de sedação... e nunca deram muito resultado, na verdade. Não sei se os meus casos foram uma coisa mais especial ou se eram crianças muito jovens, que não funcionaram... Mas eu prefiro não usar a sedação. Nem com óxido nitroso, nem com medicamento, hidrato de cloral ou qualquer outro... porque já usei e não tive bons resultados. Então, acabo não usando... faço mais condicionamento verbal mesmo... mostrando, fazendo... várias consultas... Mas acabo não usando por conta disso.” E21.

Para Torrez-Perez et al ¹², são vários os fatores que podem influenciar no sucesso de uma sedação. Dentre eles, os autores destacam: a seleção da substância a ser utilizada, a dose, a via de administração, a segurança e experiência do profissional e fatores relativos ao próprio paciente, como problemas de saúde, alergias e interações medicamentosas.

Hosey ¹⁷ destaca que, embora a o manejo farmacológico seja um importante aliado em determinados casos, como o de crianças extremamente ansiosas, os agentes farmacológicos não devem substituir, em hipótese alguma, a comunicação efetiva entre o profissional e o paciente infantil, nem a habilidade de persuasão do odontopediatra frente a criança.

Segundo Wilson ⁹, o manejo farmacológico do paciente odontopediátrico é uma alternativa aceitável e em alguns casos, desejável. Há, porém, várias questões que devem ser levadas em conta no momento de se optar por uma técnica de sedação sendo a mais importante, para que o desfecho do procedimento seja favorável, a

condição de saúde geral do paciente. E, para se ter dados suficientes sobre a saúde do paciente, uma boa anamnese é indispensável.

Considerações Finais:

As técnicas de manejo do comportamento infantil são inúmeras, algumas até, controversas (como a mão sobre a boca), podendo variar ainda, conforme o profissional as aplique. Além disso, deve-se considerar que as diversas configurações assumidas pelas técnicas disponíveis para manejo do comportamento infantil são tão variadas quanto as filosofias dos programas de graduação e pós-graduação que as ensinam.

Atualmente, observa-se um delicado equilíbrio existente entre a habilidade e as responsabilidades do odontopediatra e a expectativa dos pais em relação ao cuidado odontológico. O que os pais esperam do profissional e a tradução dessa expectativa em realidade, passa necessariamente por fatores físicos, emocionais, cognitivos e psicológicos do paciente. Infelizmente, muitas vezes os pais não estão dispostos a esperar o tempo necessário para que o manejo psicológico apresente resultados, outras, as necessidades terapêuticas da criança não permitem esse tempo de espera. É nestes casos que o manejo farmacológico apresenta-se como alternativa.

A sedação de pacientes para fins odontológicos é um assunto atual e pertinente principalmente quando se observa as dúvidas e anseios que gera nos profissionais. Porém, antes de discutir técnicas de sedação, os cursos de graduação e pós-graduação em odontologia devem incluir obrigatoriamente em seus currículos uma disciplina que aborde especificamente emergências clínicas, as quais podem ocorrer a qualquer momento no consultório odontológico, independente do uso do manejo farmacológico, resultando em situações dramáticas, quando não, trágicas.

Não há dúvidas de que muito mais riscos estão envolvidos no manejo farmacológico do que no manejo psicológico. Mas, se respeitados os cuidados necessários em relação a indicação das técnicas, assim como da anamnese, buscando possíveis problemas de saúde pré-existentes, o manejo farmacológico mostra-se uma técnica segura e, em alguns casos, desejável. Assim, parece ser a falta de conhecimento e aprofundamento no assunto a razão que leva muitos odontopediatras a demonstrarem receio no momento de aplicar ou mesmo indicar uma técnica de sedação.

A discussão sobre manejo farmacológico deve iniciar-se ainda na graduação, mas seu aprofundamento deve ser realizado nos cursos de especialização, quando o odontopediatra passa a trabalhar aspectos

específicos tanto da saúde quanto do comportamento infantil. Estudos qualitativos que abordem a questão da sedação sob a ótica não só do profissional, mas também dos pais e da própria criança são necessários, para gerar subsídios científicos que busquem estabelecer um consenso sobre o assunto.

Colaboradores:

HCM Nagano é autora da tese de doutorado que deu origem ao artigo e elaborou os originais do mesmo. FC Fraiz e VL Bosco foram, respectivamente, co-orientador e orientadora da tese e revisaram os originais do artigo.

Agradecimentos:

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES, pelo apoio financeiro.

Ao Curso de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina – CPGO/UFSC, pela oportunidade valiosa de aprendizado e de descobertas.

Referências:

1. Fioravante DP, Soares MRZ, Silveira JM, Zakir NS. Análise funcional da interação profissional-paciente em odontopediatria. *Estud psicol* 2007; 24 (2): 267-77.
2. Mastrantonio SS, Gomes AC, Neves LT, Costa B. Manejo do comportamento infantil no consultório Odontológico – Relato de Caso Clínico. *J Bras Odontopediatr Odontol Bebê* 2004; 7 (37): 230-37.
3. Corrêa MSNP, Leber PM, Ramos DLP. Uma reflexão acerca dos aspectos psicológicos e éticos no tratamento odontológico de pacientes infantis. In: CORRÊA, M.S.N.P. *Sucesso no atendimento odontopediátrico. Aspectos psicológicos*. São Paulo: Editora Santos; 2002. p. 221-25.
4. American Dental Association. Guidelines for the use of sedation and general anesthesia by dentists. *Reference Manual* 2007. [acessado 2009 Ago 26] : [cerca de 13 p.]. Disponível em: https://www.ada.org/prof/resources/positions/statements/anesthesia_guidelines.pdf
5. Ranali J, Camacciato JC, Motta RHL. Biossegurança na sedação inalatória com óxido nitroso e oxigênio. *Rev Assoc Paul Cir Dent* 2004; 58 (5): 374-8.
6. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2006.
7. Saab M, Toledo-Filho JL, Marzola C, Neder AC. Óxido Nitroso – Revisão da Literatura. *Rev ATO* [periódico na Internet] 2005; Nov. [acessado 2009 Ago 28]; 6 (1): [cerca de 24 p] [Disponível em:

http://www.actiradentes.com.br/revista/2005/textos/Revista_AT_O_Oxido_Nitroso-2005.pdf

8. Duque C, Abreu-Lima FCB. Midazolam – Uma nova alternativa para sedação em odontopediatria. *Rev Odonto Ciênc* 2005; 20 (48): 177-86.

9. Wilson S. Pharmacological Management of the Pediatric Dental Patient. *Pediatr Dent* 2004; 26 (2): 131-36.

10. Klatchoian DA, Noronha JC, Toledo OA. Adaptação comportamental do paciente odontopediátrico. In: Massara MLA, Rédua PCB, coordenadores. *Manual de referência para procedimentos clínicos em odontopediatria*. São Paulo: Editora Santos; 2010. p.45-62.

11. Jameson K, Averley PA, Shackeley P, Steele J. A comparison of the ‘cost per child treated’ at a primary care-based sedation referral service, compared to a general anaesthetic in hospital. *Br Dent J* 2007; 203 (E13): 1-6.

12. Torres-Pérez J, Tapia-García I, Rosales-Berber MA, Hernández-Sierra JF, Pozos-Guillén, AJ. Comparison of three conscious sedation regimens for pediatric dental patients. *J Clin Pediatr Dent* 2007; 31 (2): 185-88.

13. Conselho Federal de Odontologia. Resolução 051/2004. Dispõe normas para habilitação do cirurgião-dentista na aplicação da analgesia relativa ou sedação consciente, com óxido nitroso. *Conselho Federal de Odontologia* 2004; 30 de abr.

14. Ramacciato JC, Ranali J, Motta RHL. Sedação Consciente Inalatória em Odontologia. In: 24 Congresso Internacional de Odontologia de São Paulo. (Org.). *Livro Virtual de Atualização Clínica em Odontologia*. São Paulo: Netodonto Soluções de Internet para Odontologia, 2006, v. , p. -.

15. Bosco VL. *Aspectos psicológicos e bioéticos relacionados ao ensino da odontopediatria* [Monografia]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2003.

16. Elias R, Elias C. Paciente especial: condicionamento na odontologia. *Portal Odontologia*. [acessado 2009 Ago 24] [cerca de 4 p] [Disponível em:

<http://www.portalodontologia.com.br/odontologia/principal/conteudo.asp?id=3553>

17. Hosey MT. Use of conscious sedation in anxious children. *Int J Paediatr Dent* 2002; 12: 359-372.

5. ARTIGO 4

Técnicas de manejo do comportamento infantil utilizadas por odontopediatras do município de Joinville, Santa Catarina – uma abordagem qualitativa.

Resumo:

O objetivo deste estudo foi conhecer e compreender as técnicas de manejo do comportamento infantil utilizadas pelos odontopediatras joinvillenses no seu trabalho cotidiano. Para tanto, foi realizada uma pesquisa de abordagem qualitativa e de caráter exploratório descritivo, junto a cirurgiões-dentistas, especialistas em odontopediatria, no município de Joinville, Santa Catarina. As informações foram coletadas mediante entrevistas semi-estruturadas, registradas em gravador digital e depois transcritas na íntegra. A técnica escolhida para análise dos dados foi à análise de conteúdo proposta por Bardin. Pode-se observar que grande parte dos profissionais inicia seus atendimentos utilizando as técnicas de manejo positivas ou informativas. Nos casos de pacientes refratários às técnicas positivas ou em atendimentos emergenciais, os odontopediatras têm optado pelas técnicas psicológicas ditas aversivas. Já o manejo farmacológico, é pouco utilizado. Concluiu-se que tanto as técnicas aversivas quanto o manejo farmacológico, ainda geram dificuldades e dilemas para os profissionais durante e após seu emprego, apontando para a necessidade de melhor explanação deste conteúdo nos cursos de formação em odontopediatria.

Palavras-chave: Técnicas de manejo do comportamento infantil, profissionais, odontopediatria.

Introdução:

O contexto odontológico detém muitos eventos aversivos, de modo que o medo de dentista constitui-se numa queixa freqüente. O ambiente do consultório dentário pode eliciar ansiedade e também relacionar-se a padrões de comportamentos operantes de fuga ou esquiva. Essa aversividade ao contexto odontológico atinge especialmente a criança, que fica exposta a uma situação que, dependendo do procedimento em execução ou da habilidade do profissional, pode provocar dor, ansiedade e medo ¹.

Na atenção odontológica à criança, muitos são os fatores que podem influenciar de maneira negativa o tratamento, sendo o medo e a ansiedade os principais obstáculos para o odontopediatra. O impacto emocional das fantasias geradas a partir de uma experiência vivida ou até mesmo relatada por alguém também pode interferir negativamente

no momento em que a criança entra em contato com o ambiente odontológico².

Durante o atendimento odontopediátrico, é relativamente comum o emprego de técnicas de manejo do comportamento infantil. Em alguns pacientes, o emprego destas técnicas se faz necessário para a realização do tratamento. Em outros casos, elas são utilizadas apenas para desmistificar o tratamento odontológico e apresentá-lo de maneira positiva, reformulando imagens e associações com experiências passadas negativas³.

Tais técnicas podem ser divididas em farmacológicas (sedação consciente e inconsciente) e não farmacológicas, as quais podem ser classificadas como positivas ou informativas (falar-mostrar-fazer, reforço positivo e modelagem) e como negativas ou psicológicas aversivas (controle da voz, contenção física, mão sobre a boca e mão sobre a boca com restrição da respiração nasal)⁴.

Apesar de as técnicas psicológicas positivas serem bastante utilizadas no manejo do paciente infantil, há casos de crianças que não respondem bem a esta abordagem, seja por imaturidade, seja por problemas físicos, mentais, de conduta ou mesmo por experiências passadas negativas que afetam sua capacidade de cooperação. Nesses casos, as alternativas para conduzir o tratamento odontológico são as técnicas psicológicas aversivas e o manejo farmacológico.

Este é um assunto bastante controverso na área da odontopediatria, porque está nas mãos do profissional a seleção da técnica a ser utilizada. E para isso deveriam ser considerados os riscos e benefícios de cada uma delas, já que o uso das técnicas aversivas pode representar risco psicológico para a criança se não forem corretamente indicadas e executadas, assim como, o uso das técnicas farmacológicas pode representar risco de morte se o profissional não tiver segurança e conhecimento para executá-las⁴.

Frente às questões apresentadas, com este estudo objetivou-se conhecer e compreender as técnicas de manejo utilizadas por odontopediatras do município de Joinville, Santa Catarina, para atendimento odontológico, tanto em casos rotineiros quanto em casos refratários ou emergenciais; quando o manejo psicológico não apresentou os resultados esperados ou quando não há tempo hábil para sua realização.

Procedimentos Metodológicos:

Em 2008, foi realizada, pesquisa de abordagem qualitativa e de caráter exploratório descritivo, junto a cirurgiões-dentistas, registrados

no Conselho Regional de Odontologia como especialistas em odontopediatria, no município de Joinville, Santa Catarina.

O tamanho da amostra foi determinado pela saturação dos dados. Como esta ocorreu depois da 15ª. entrevista e, havia, no momento do início da coleta de dados (25 de agosto de 2008), 23 profissionais registrados na referida especialidade, optou-se pela inclusão da totalidade dos cirurgiões-dentistas odontopediatras no estudo, já que este fato não geraria perdas ou vieses para o trabalho.

Do total de profissionais registrados como especialistas, 21 foram entrevistados e 2 se recusaram a participar. As informações foram coletadas através de entrevista semi-estruturada, incluindo dados de caracterização dos profissionais (gênero, data de nascimento, estado civil, local de trabalho – serviço público ou serviço privado, ano e local de graduação e cursos de pós-graduação realizados) e da entrevista (local, data e hora).

Para avaliação do instrumento proposto, foi realizado um estudo piloto com três profissionais. Como o instrumento mostrou-se adequado aos objetivos do estudo, incluíram-se estas entrevistas na análise dos dados. As entrevistas foram realizadas em local escolhido pelos participantes. Foram feitas sete perguntas abertas, as quais foram registradas em gravador digital, sendo, posteriormente, transcritas na íntegra. A técnica escolhida para a análise dos dados foi à análise de conteúdo proposta por Bardin ⁵. As transcrições foram lidas exaustivamente e, a partir destas leituras foram formadas categorias temáticas, as quais sofreram recortes em torno dos temas avaliados.

O projeto deste estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC, sendo aprovado sem restrições pelo parecer 0295/07. A pesquisadora comprometeu-se a manter a identidade dos participantes em sigilo, com uso de codinomes (números), cada um correspondendo a um entrevistado (E).

Resultados e discussão:

As técnicas utilizadas no atendimento rotineiro dos odontopediatras foram agrupadas na categoria **Principais condutas adotadas pelo profissional durante os atendimentos**. Ao se abordar a questão das técnicas de manejo, os profissionais manifestaram-se sobre como era feito o primeiro atendimento do paciente tanto nos casos tranquilos e rotineiros, quanto naqueles considerados difíceis ou refratários e em situações emergenciais.

Dentre as diferentes manifestações, detectou-se o predomínio do uso das técnicas psicológicas ditas positivas ou informativas. Observou-

se também o uso expressivo, porém em menor grau, das técnicas psicológicas ditas negativas ou aversivas e, pouquíssimos profissionais utilizando as técnicas de manejo farmacológico.

Em relação ao uso das técnicas positivas ou informativas, as mais citadas foram as técnicas do falar-mostrar-fazer - que consiste na apresentação, explicação e execução do procedimento, nesta seqüência -, do reforço positivo - técnica na qual a criança recebe elogios ou incentivos após a obtenção do comportamento desejado-, e da modelagem - técnica que visa obter o aprendizado de um comportamento por imitação de um modelo comportamental apropriado (vivo, inanimado, ou até mesmo filmado), previamente selecionado pelo profissional ⁴.

A utilização das técnicas positivas no condicionamento do paciente pode ser observada nas palavras destas profissionais:

“[...] Bom, eu utilizo as técnicas de controle comportamental. Dentre elas, as que eu prefiro, que eu vejo resultado é o “falar-mostrar-fazer” e o “reforço positivo”. Uso também o “controle de voz”. Uso pouco a “modelagem” e a “distração”, porque eu vejo assim, clinicamente, o que oferece mais resultados é o “falar-mostrar-fazer” e o “reforço positivo... [...]”. E10.

“[...] Em primeiro lugar, assim... Tento fazer uma conversa de uma forma informal, relaxada... usando referências de desenhos animados ou coisas próximas... historinhas, programas que elas assistam freqüentemente... nós conversamos, é... procuro mostrar o que eu vou fazer, mostrar os aparelhos para ela, pra que ela veja, tome conhecimento, tome contato... Uso também a modelagem, e assim, nós vamos fazendo... [...]” E7.

Para Adair et al ⁶ o manejo do comportamento no ambiente odontológico deve se basear em princípios científicos e requer do profissional habilidades como ser bom ouvinte, comunicar-se adequadamente, ter empatia, reconhecer o perfil do paciente e os primeiros sinais de ansiedade. Além disso, o odontopediatra deve possuir personalidade calma, honesta e inspirar confiança para o paciente.

O estabelecimento de uma relação de confiança entre o profissional e o paciente é um importante passo rumo ao sucesso no atendimento odontológico da criança. A preocupação com o estabelecimento desta relação foi observada no discurso de diversos profissionais como exemplificado no relato a seguir:

“[...]Então, inicialmente eu tento só conversar com ela (com a criança). Tento puxar a atenção para mim... Daí depois eu tento

mostrar que eu vou usar isto ou aquilo e “se você se sentir incomodado (referindo-se ao discurso dirigido à criança), você pede para parar” e, eu paro mesmo. Isso faz com que a criança tenha confiança em mim. A primeira coisa é a criança confiar em mim, primeiro como pessoa, depois como dentista...”. E19.

Segundo Costa Júnior ⁷ é importante compreender que o sucesso do manejo do paciente pediátrico não deveria ser simplesmente medido pela conclusão de um procedimento odontológico específico, mas pelo registro da frequência de comportamentos colaborativos que a criança apresenta ao longo das sessões de tratamento, levando o odontopediatra a sentir-se mais confiante e satisfeito com os progressos alcançados.

Infelizmente, nem sempre o profissional obtém êxito utilizando apenas o manejo psicológico informativo. Há situações em que este se vê diante do impasse de precisar utilizar outras técnicas, uma vez que já lançou mão, sem sucesso, de todos os recursos positivos de manipulação do comportamento. Nestes casos, as técnicas psicológicas ditas negativas ou aversivas são consideradas uma alternativa.

Essas técnicas incluem a contenção física (feita com o auxílio dos pais, pessoal auxiliar e/ou equipamentos específicos, que ajudam a limitar os movimentos da criança na cadeira para sua própria segurança), o controle da voz (modulação do tom de voz pelo profissional conforme a necessidade) e a técnica da mão sobre a boca (que consiste em o dentista colocar sua mão firmemente sobre a boca da criança, interrompendo seu choro e/ou grito e, assim, poder dar instruções claras e objetivas sobre o comportamento esperado).

Indiscutivelmente, há necessidade do emprego de consentimento prévio para o atendimento de crianças, principalmente quando há necessidade do uso de estratégias aversivas. Este consentimento deve ser dado por escrito, pelos pais ou responsáveis, após diálogo informativo com o profissional, que deve expor a natureza do tratamento proposto, os riscos e benefícios das técnicas empregadas neste tratamento e também, a natureza, riscos e benefícios de alternativas, incluindo o não tratamento da criança.

Em relação ao uso das técnicas psicológicas aversivas, as mais citadas foram: a contenção física, o controle ou modulação da voz e a técnica da mão sobre a boca, como pode ser observado nas palavras destas profissionais:

“[...]mas assim, em emergência, em caso de dor, em caso de trauma..., em criança pequena acontece muito trauma de incisivo, entendeu? Daí tem que ser segurando, sabe? [...]” E1.

“... Agora criança assim, muito pequena, que nem um ano e pouco (de idade), que não deixa nem eu chegar perto, aí eu peço para a mãe segurar. Peço para a mãe fazer assim (gesto de abraço) e peço para a secretária ajudar para não ficar mexendo a cabeça. Mas eu faço contenção sim. Geralmente a criança, ela primeiro se debate e já depois ela relaxa, porque ela vê que não tem jeito, sabe?...” E4.

Segundo Dezan e Punhagui ⁸, a contenção física, deve ser utilizada quando necessário, porém sem abuso, contendo somente os movimentos indesejáveis durante o tratamento. Pode ser feita com as mãos, cintos, fitas adesivas ou indumentárias manufaturadas (pacote pediátrico) e é reservada às crianças impossíveis de se manejar e também àquelas que necessitam de métodos para manter a boca aberta (abre-bocas). Segundo os autores, ela é indicada ainda para crianças menores de 30 meses que necessitam de tratamento emergencial, além de crianças incapacitadas.

Outra técnica dita aversiva também bastante citada pelos profissionais é a técnica de controle ou modulação da voz. Seu emprego é referido no discurso desta odontopediatra:

“[...] eu até chego, em casos assim de muito choro ou coisa assim, a falar no ouvido, com uma voz mais incisiva às vezes..., gritar não, mais um pouco... com uma voz mais ríspida, quando o negócio tá muito confuso...[...].” E1.

O uso das técnicas aversivas é bastante discutido. Ao adentrar-se no assunto, questões éticas acabam emergindo, como, por exemplo, os possíveis danos morais ou psíquicos à criança, quando da sua execução.

Para Corrêa et al ⁴, nesse contexto, não é simplesmente o ato de conter a criança fisicamente ou de falar em um tom de voz mais enérgico que representam atitudes antiéticas por parte do profissional, mas sim, a maneira pela qual esta técnica é executada, com que finalidade: para que a criança simplesmente coopere com o tratamento imposto? Ou para que compreenda a necessidade e importância do tratamento, como será executado, e para que sinta que o profissional se importa com ela, quer o seu bem e necessita de sua participação? Este tipo de reflexão sempre deve estar presente em todas as decisões do tratamento.

Já a mão sobre boca é, sem dúvidas, a mais controversa das técnicas aversivas, sendo recomendada para pacientes saudáveis, acima de três anos de idade, capazes de compreenderem perfeitamente as orientações dadas pelo cirurgião-dentista, mas que se comportam de maneira resistente ao atendimento ⁹. Seu exercício consiste em o odontopediatra colocar sua mão firmemente sobre a boca da criança,

interrompendo seu choro e/ou grito e, assim, poder dar instruções claras e objetivas sobre o comportamento esperado. O emprego desta técnica pode ser observado nas palavras desta profissional:

“... daí eu peço para a mãe sair. Espero a criança parar... seguro, depois eu faço a técnica da mão sobre a boca, se a criança não para (de chorar) eu chamo a mãe, repito (a técnica) se precisa, mas normalmente ela funciona rapidinho e acaba sendo só uma vez mesmo, só uma sessão para fazer isso...” E12.

Lopes Júnior, Carvalho e Silva e Peres ¹⁰ consideram que o uso das técnicas aversivas levam a discussão de temas extremamente delicados, tais como a violência contra crianças, os danos morais estritamente psíquicos, a dor, o desconforto e a desigualdade de força e consciência entre paciente e cirurgião-dentista.

Kantaputra *et al* ¹¹, observaram como os pacientes odontopediátricos se sentiam a respeito de oito técnicas de manejo usadas com frequência nos consultórios. Para tanto, crianças e adolescentes entre 6 e 17 anos, assistiram a um vídeo, que continha cenas das técnicas de manejo avaliadas: falar-mostrar-fazer, reforço positivo, anestesia geral, pacote pediátrico, contenção física, abridor de boca, controle de voz e HOM. A técnica do falar-mostrar-fazer foi eleita pelos pacientes como a melhor técnica e a HOM, foi considerada a pior. A contenção física e o controle da voz também tiveram avaliações consideradas ruins pelos autores.

Apesar das técnicas psicológicas, tanto positivas quanto negativas, serem as mais utilizadas no manejo do paciente infantil, há crianças que não respondem bem a esta abordagem, seja por imaturidade, seja por problemas físicos, mentais ou de conduta que afetam sua capacidade de cooperação.

Para Duque e Abreu e Lima ¹², nesses casos, as alternativas para conduzir o tratamento odontológico são a analgesia com óxido nitroso, a sedação pré-operatória (com medicamentos ansiolíticos) e a anestesia geral, todas, técnicas de manejo farmacológico.

Em países da Europa e nos Estados Unidos, é bastante difundido o uso de métodos farmacológicos como a sedação e a anestesia geral para o tratamento de pacientes refratários ou de pouca idade, com base no princípio de que estes métodos possibilitam um tratamento rápido e menos desgastante tanto para o paciente quanto para o profissional.

Para a Associação Brasileira de Odontopediatra (ABO-Odontopediatria), a sedação pode ser usada com segurança e eficácia em pacientes incapazes de receber o cuidado odontológico por razões de

idade, condição mental, física ou médica. A necessidade de diagnosticar e tratar, assim como a segurança do paciente, do profissional e da equipe de funcionários deve ser considerada para o uso dos métodos farmacológicos¹³.

Neste estudo, observou-se que somente alguns profissionais fazem uso do manejo farmacológico do paciente, sendo várias as questões que interferem na escolha profissional por esta técnica de manejo. O que pode ser destacado como discurso comum entre os profissionais favoráveis ao seu uso é o fato de pais, outros profissionais da área da saúde, como médicos e psicólogos, e da própria mídia, mostrarem-se, cada vez mais, contrários ao uso das técnicas de manejo aversivas como a mão sobre a boca e a contenção física para tratamento de pacientes refratários às técnicas psicológicas positivas. A aparente agressividade destas técnicas vem fazendo com que, cada vez mais, os odontopediatras optem pela sedação dos pacientes de comportamento difícil¹⁴.

O uso da sedação consciente no manejo do paciente infantil é referido por este odontopediatra:

“[...] Bom, eu uso óxido nítrico. Eu tenho curso, e já uso faz uns 8 anos... Mesmo antes da liberação eu já usava...(referindo-se a resolução 51/2004, que regulamenta o uso da técnica no Brasil). Eu acho que ajuda bastante. Quem critica e coisa é porque não sabe como funciona... Eu recebo muito paciente assim que o pessoal indica porque eles acham que a criança vai dormir... (referindo-se ao desconhecimento de colegas em relação à técnica).” E6

Para Saab¹⁵, nos casos em que técnicas de sedação são utilizadas, observa-se o estabelecimento de um ambiente extremamente mais cordial e positivo entre paciente e profissional, o que permite um enfoque bem mais simpático da odontologia pelo paciente e o aumento da produtividade com aprimoramento da qualidade por parte do cirurgião-dentista. Estas questões e o aumento da rentabilidade do consultório pelo uso das técnicas de sedação são observados nas palavras desta profissional:

“[...] Então eu acho assim: a odontopediatria sem a sedação é um... não é uma área rentável, porque você não pode cobrar muito, porque tem um limite... E a área da sedação eu acho mais produtivo também para o profissional... Eu acho válido, tem demanda, paciente para isso... (referindo-se a pacientes com indicação para sedação). Quem domina a técnica, tem suporte médico..., eu acho que se torna rentável. É bom pro paciente e é bom pro profissional [...]. E1.

Não há dúvidas da eficácia das técnicas de manejo farmacológico no tratamento de pacientes de comportamento difícil. Porém, segundo Bosco ¹⁶, ao se optar por tais técnicas, é importante que se questione sempre sua necessidade do ponto de vista bioético, já que seu uso pode estar tirando da criança o direito de cooperar ou não com o tratamento, ou seja, sua autonomia enquanto indivíduo.

Independente da técnica escolhida, o manejo do comportamento, resulta de uma interação contínua envolvendo o profissional, o paciente e os pais ou responsáveis pela criança. Ele se pauta na comunicação e educação, tendo como meta diminuir o medo e a ansiedade enquanto promove um entendimento da necessidade de uma boa saúde bucal e do processo pelo qual ela é alcançada ¹⁷.

Considerações finais:

São muitas as técnicas de manejo do comportamento infantil, algumas controversas (como a mão sobre a boca), podendo variar ainda, conforme o profissional as aplique. Além disso, deve-se considerar que as diversas configurações assumidas pelas técnicas disponíveis para manejo do comportamento infantil são tão variadas quanto às filosofias dos programas de graduação e pós-graduação que as ensinam.

Em relação à assistência odontológica à crianças, a satisfação dos pais com o atendimento irá influenciar a saúde de seus filhos, já que dependendo da idade da criança, eles serão os mediadores entre o profissional da saúde e a criança, acompanhando-a à consulta e colocando em prática os aconselhamentos ou tratamentos prescritos pelo profissional ¹⁸.

Atualmente, observa-se um delicado equilíbrio existente entre a habilidade e as responsabilidades do odontopediatra e a expectativa dos pais em relação ao cuidado odontológico. O que os pais esperam do profissional e a tradução dessa expectativa em realidade, passa necessariamente por fatores físicos, emocionais, cognitivos e psicológicos do paciente.

A formação profissional do odontopediatra não deve se restringir apenas à execução de procedimentos técnicos – preventivos e curativos – de odontologia, mas deve incluir também treinamento adequado para lidar com problemas comportamentais do paciente, considerando as características de cada criança, a fase de desenvolvimento em que se encontra e as circunstâncias específicas de cada situação. Muitas vezes o conhecimento e o saber lidar com estados emocionais da criança, em especial o choro, normalmente substituem a necessidade de técnicas como a mão sobre a boca ou mesmo, a anestesia geral.

Apesar úteis e, em algumas situações necessárias, observou-se que tanto as técnicas aversivas quanto o manejo farmacológico ainda geram dificuldades e dilemas para os profissionais durante e após seu emprego, apontando a necessidade de que este conteúdo seja mais bem explanado nos cursos de aperfeiçoamento e especialização em odontopediatria.

Independente da técnica a ser utilizada, um diálogo elucidativo deve ser feito previamente com os pais ou responsáveis legais pela criança. Explicar a eles o tratamento a ser realizado, as alternativas às técnicas propostas, esclarecer suas possíveis dúvidas e concluir com a obtenção de um termo de consentimento livre e esclarecido parece ser imprescindível ao sucesso de qualquer tratamento odontopediátrico.

Mais do que a adequação do comportamento, as técnicas de manejo visam estabelecer, desde a mais tenra idade, o bom relacionamento do paciente com a odontologia e devem ser entendidas como ferramentas concretas de promoção de saúde bucal.

Colaboradores:

HCM Nagano é autora da tese de doutorado que deu origem ao artigo e elaborou os originais do mesmo. FC Fraiz e VL Bosco foram, respectivamente, co-orientador e orientadora da tese e revisaram os originais do artigo.

Agradecimentos:

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES, pelo apoio financeiro.

Ao Curso de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina – CPGO/UFSC, pela oportunidade valiosa de aprendizado e de descobertas.

Referências:

1. Fioravante DP, Soares MRZ, Silveira JM, Zakir NS. Análise funcional da interação profissional-paciente em odontopediatria. *Estud psicol* 2007; 24 (2): 267-77.
2. Caraciolo G, Colares V. Prevalência de medo e/ou ansiedade relacionados à visita ao dentista em crianças com 5 anos de idade na cidade do Recife. *Rev Odonto Ciênc* 2004; 19 (46): 348-53.
3. Mastrantonio SS, Gomes AC, Neves LT, Costa B. Manejo do comportamento infantil no consultório Odontológico – Relato de Caso Clínico. *J Bras Odontopediatr Odontol Bebê* 2004; 7 (37): 230-37.
4. Corrêa MSNP, Leber PM, Ramos DLP. Uma reflexão acerca dos aspectos psicológicos e éticos no tratamento odontológico de pacientes infantis. In: CORRÊA, M.S.N.P. *Sucesso no atendimento*

odontopediátrico. Aspectos psicológicos. São Paulo: Editora Santos; 2002. p. 221-25.

5. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2006.

6. Adair SM, Rockman RA, Schafer TE, Waller JL. Survey of behavior management teaching in pediatric dentistry advanced education programs. *Pediatr Dent* 2004; 26 (2): 151-58.

7. Costa Júnior AL. Psicologia aplicada à odontopediatria: uma introdução. *Estud psicol* 2002; 2 (2): 67-77.

8. Dezan CC, Punhagui MF. Manejo da criança no consultório odontológico – parte II. *Rev AONP* 2002; 12 (1): 14-15.

9. Tavares MJ, Modesto A, Tostes Amaral M, Redua PCB, Vianna R. Avaliação dos métodos de controle do comportamento infantil utilizados por dentistas enfatizando mão sobre a boca e restrição física. *Rev ABO Nac* 2000; 8 (5): 296-301.

10. Lopes Júnior C, Carvalho SPM, Silva RHA, Peres AS. Técnica da mão-sobre-a-boca em odontologia: implicações jurídicas e reflexões bioéticas. *Arq Ciênc Saúde* 2005; 12 (2): 97-101.

11. Kantaputra PN, Chiewcharnvalijkit K, Wairatpanich K, Malikaew P, Aramrattana A. Children's attitudes toward behavior management techniques used by dentists. *J Dent Child* 2007; 74 (1): 4-9.

12. Duque C, Abreu-Lima FCB. Midazolam – Uma nova alternativa para sedação em odontopediatria. *Rev Odonto Ciênc* 2005; 20 (48): 177-86.

13. Klatchoian DA, Noronha JC, Toledo OA. Adaptação comportamental do paciente odontopediátrico. In: Massara MLA, Rédua PCB, coordenadores. *Manual de referência para procedimentos clínicos em odontopediatria*. São Paulo: Editora Santos; 2010. p.45-62.

14. Wilson S. Pharmacological Management of the Pediatric Dental Patient. *Pediatr Dent* 2004; 26 (2): 131-36.

15. Saab M, Toledo-Filho JL, Marzola C, Neder AC. Óxido Nitroso – Revisão da Literatura. *Rev ATO* [periódico na Internet] 2005; Nov. [acessado 2009 Ago 28]; 6 (1): [cerca de 24 p] [Disponível em:

http://www.actiradentes.com.br/revista/2005/textos/Revista_AT_O_Oxido_Nitroso-2005.pdf

16. Bosco VL. *Aspectos psicológicos e bioéticos relacionados ao ensino da odontopediatria* [Monografia]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2003.

17. American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on behavior guidance for de pediatric dental patient. *Reference Manual* 2008; 31 (6): 132-140.

18. Couto Robles AC, Grosseman S, Bosco VL. Satisfação com o atendimento odontológico: estudo qualitativo com mães de crianças atendidas na Universidade Federal de Santa Catarina. *Ciênc e saúde coletiva* 2008; 13 (1): 43-49.

6. REFERÊNCIAS DA INTRODUÇÃO GERAL:

1. Fraiz, FC. Supervisão de saúde bucal durante a infância. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr* 2010; 10 (1): 7-8.
2. Caraciolo G, Colares V. Prevalência de medo e/ou ansiedade relacionados à visita ao dentista em crianças com 5 anos de idade na cidade do Recife. *Rev Odonto Ciênc* 2004; 19 (46): 348-53.
3. Eaton JJ, McTigue DJ, Fields HW, Beck FM. Attitudes of contemporary parents toward behavior management techniques used in pediatric dentistry. *Pediatr Dent* 2005; 27 (2): 107-13.
4. Corrêa MSNP, Leber PM, Ramos DLP. Uma reflexão acerca dos aspectos psicológicos e éticos no tratamento odontológico de pacientes infantis. In: Corrêa MSNP. *Sucesso no atendimento odontopediátrico. Aspectos psicológicos*. São Paulo: Editora Santos; 2002. p. 221-25.
5. Duque C, Abreu-Lima FCB. Midazolam – Uma nova alternativa para sedação em odontopediatria. *Rev Odonto Ciênc* 2005; 20 (48): 177-86.
6. Wilson S. Pharmacological Management of the Pediatric Dental Patient. *Pediatr Dent* 2004; 26 (2): 131-36.
7. Conselho Federal de Odontologia. *Código de Ética Odontológica*. Resolução nº 42 de 20 de maio de 2003. 24p.
8. Machado MS, Nagano HCM, Silva JYB, Bosco VL. Participação dos pais na tomada de decisões no atendimento odontológico de seus filhos. *Rev Odontol UNICID* 2009; 21 (1): 38-47.
9. Amaral LA, Barreto RA. Psicologia e odontopediatria: entre pedaços e/ou relações? In: Corrêa MSNP. *Odontopediatria na primeira infância*, 3ª. Ed. São Paulo: Editora Santos; 2010. p. 9-21.

ANEXOS

A. Parecer do Comitê de Ética da UFSC



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARNA
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE CEP: 88040-900 - FLORIANÓPOLIS - SC
TELEFONE (048) 234-1755 - FAX (048) 234-4069

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS – CEP / UFSC PARECER CONSUBSTANCIADO - PROJETO Nº 295/07

I – IDENTIFICAÇÃO

Título do projeto: Conflitos bioéticos no trabalho de odontopediatras

Área: Odontologia

Pesquisador Responsável: Dra Vera Lucio Bosco

Pesquisador Principal: Helen Cristhiane Nagano

Data da coleta dos dados: 05/11/2007 a 03/2010 (cronograma informa de 11/2007 a 01/2008 o período de coleta propriamente dita)

Instituição em que será realizado o estudo: comunidade

II – OBJETIVOS

Gerais:

Compreender a percepção de odontopediatras, em seus diferentes contextos de trabalho, sobre os dilemas que permeiam o atendimento odontológico da criança, sob o olhar da bioética.

Específicos:

- Identificar a percepção de odontopediatras sobre o uso de técnicas aversivas de adequação do comportamento no cotidiano das práticas profissionais, com as crianças e seus acompanhantes;
- Identificar a visão de odontopediatras sobre o uso de sedação como alternativa às técnicas aversivas;
- Identificar se os profissionais que utilizam as técnicas aversivas de adequação do comportamento fazem uso, previamente ao emprego das mesmas, de um termo de consentimento livre e esclarecido.

III – SUMÁRIO DO PROJETO:

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo de abordagem qualitativa com odontopediatras que atuam no serviço público e privado, preferencialmente no município de Joinville. A amostra será definida por saturação qualitativa e a coleta utilizará entrevistas semi-estruturadas, realizada em locais adequados aos sujeitos; estes serão recrutados por telefone, obtido nas listas do Conselho Regional de Odontologia (web-site).

IV – COMENTÁRIO:

A investigação justifica-se pela relevância do tema e pelos benefícios indiretos às Instituições de formação profissional. O projeto da pesquisa está fundamentado em referências teóricas, descreve os procedimentos metodológicos e o processo contém os documentos exigidos pela legislação e necessários para sua análise. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) está adequado. Os direitos fundamentais dos sujeitos são respeitados e os mesmos não serão expostos a riscos significativos. A equipe de pesquisadores está identificada. O pesquisador responsável e sua instituição de vínculo manifestam seus compromissos com o cumprimento da resolução 196/96.


V – PARECER CEP:

- ☒ (X) Aprovado
☐ () Pendente
☐ () Não Aprovado
☐ () Retirado
☐ () Aprovado e encaminhado ao CONEP

PARECER:

Tendo em vista o exposto, somos de parecer favorável a **aprovação** do referido projeto.

***Informamos que o parecer dos relatores foi aprovado, em reunião deste Comitê na data de 29 de outubro de 2007.**


 Prof.º Washington Portela de Souza
 Coordenador do CEP

Fonte: CONEP/ANVS. Resolução 196/96. 05/11/2007 a 03/2010

ANEXO B – Questões norteadoras da entrevista com odontopediatras

Instrumento de coleta de dados

Formulário ou roteiro da entrevista

Entrevista n° _____

Encontro n° _____

Local: _____

Data: _____

Hora: _____

Característica do sujeito

Codinome do participante: _____

Gênero: _____

Data de nascimento: _____

Estado civil: _____

Local de trabalho (serviço público ou serviço privado): _____

Trabalha com convênios e/ou credenciamentos (caso de trabalhador do serviço privado): _____

Tempo em que trabalha em cada categoria (convênio, privado, público): _____

Ano e Local de graduação: _____

Cursos de Pós-graduação realizados (quando e como obteve o título de especialista): _____

Questões Norteadoras

As técnicas aversivas de manejo do comportamento infantil foram identificadas nesta entrevista como “contenção física” (englobando com esse termo a contenção física propriamente dita e a mão sobre a boca, também considerada uma forma de contenção física). A utilização deste termo facilitou a comunicação com os clínicos e diminuiu o constrangimento nas respostas.

- Como o(a) senhor(a) lida com crianças que não deixam o(a) senhor(a) atendê-las?

- O que o(a) senhor(a) faz nestes casos? (tipos de procedimentos, como foram realizados, forma de abordagem dos pais?). (Caso o profissional não mencione nenhuma técnica, perguntar ainda se já foi necessário no seu exercício profissional utilizar a contenção física para o

atendimento da criança? Que forma(s) de contenção física o(a) senhor(a) já utilizou?).

- O que o senhor sente/sentiu ao ter que executar estas técnicas?
- Qual a reação mais comum dos pais nestes casos?
- Foi solicitado algum tipo de autorização para o uso da contenção? Que tipo de autorização foi esta?
- O que o(a) senhor(a) acha da sedação dos pacientes? Faria? Em que situações o(a) senhor(a) a recomendaria?
- Gostaria de fazer algum comentário sobre esta entrevista?

ANEXO C - Normas para publicação dos artigos 1 e 3.

International Journal of Paediatric Dentistry

Author Guidelines

1. GENERAL

International Journal of Paediatric Dentistry publishes papers on all aspects of paediatric dentistry including: growth and development, behaviour management, prevention, restorative treatment and issue relating to medically compromised children or those with disabilities. This peer-reviewed journal features scientific articles, reviews, clinical techniques, brief clinical reports, short communications and abstracts of current paediatric dental research. Analytical studies with a scientific novelty value are preferred to descriptive studies.

Please read the instructions below carefully for details on the submission of manuscripts, the journal's requirements and standards as well as information concerning the procedure after acceptance of a manuscript for publication in *International Journal of Paediatric Dentistry*. Authors are encouraged to visit [Wiley-Blackwell Author Services](#) for further information on the preparation and submission of articles and figures.

In June 2007 the Editors gave a presentation on [How to write a successful paper](#) for the *International Journal of Paediatric Dentistry*.

2. ETHICAL GUIDELINES

2.1 Authorship and Acknowledgements

Authorship: Authors submitting a paper do so on the understanding that the manuscript have been read and approved by all authors and that all authors agree to the submission of the manuscript to the Journal.

International Journal of Paediatric Dentistry adheres to the definition of authorship set up by The International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE). According to the ICMJE authorship criteria authorship should be based on 1) substantial contributions to conception and design of, or acquisition of data or analysis and interpretation of data, 2)

drafting the article or revising it critically for important intellectual content and 3) final approval of the version to be published. Authors should meet conditions 1, 2 and 3.

It is a requirement that all authors have been accredited as appropriate upon submission of the manuscript. Contributors who do not qualify as authors should be mentioned under Acknowledgements

Acknowledgements: Under acknowledgements please specify contributors to the article other than the authors accredited. Please also include specifications of the source of funding for the study and any potential conflict of interests if appropriate. Suppliers of materials should be named and their location (town, state/county, country) included.

Note to NIH Grantees: Pursuant to NIH mandate, Wiley-Blackwell will post the accepted version of contributions authored by NIH grant-holders to PubMed Central upon acceptance. This accepted version will be made publicly available 12 months after publication. For further information, see www.wiley.com/go/nihmandate

2.2. Ethical Approvals

Experimentation involving human subjects will only be published if such research has been conducted in full accordance with ethical principles, including the World Medical Association **Declaration of Helsinki** (version, 2008) and the additional requirements, if any, of the country where the research has been carried out. Manuscripts must be accompanied by a statement that the experiments were undertaken with the understanding and written consent of each subject and according to the above mentioned principles. A statement regarding the fact that the study has been independently reviewed and approved by an ethical board should also be included. Editors reserve the right to reject papers if there are doubts as to whether appropriate procedures have been used.

2.3 Clinical Trials

Clinical trials should be reported using the CONSORT guidelines available at www.consort-statement.org. A [CONSORT checklist](#) should also be included in the submission material.

International Journal of Paediatric Dentistry encourages authors submitting manuscripts reporting from a clinical trial to register the trials in any of the following free, public clinical trials registries:

www.clinicaltrials.gov, <http://clinicaltrials.ifpma.org/clinicaltrials/>, <http://isrctn.org/>. The clinical trial registration number and name of the trial register will then be published with the paper.

2.4 DNA Sequences and Crystallographic Structure Determinations

Papers reporting protein or DNA sequences and crystallographic structure determinations will not be accepted without a Genbank or Brookhaven accession number, respectively. Other supporting data sets must be made available on the publication date from the authors directly.

2.5 Conflict of Interest and Source of Funding

Authors are required to specify the source of funding for their research when submitting a paper. Suppliers of materials should be named and their location (town, state/county, country) included. Authors are also required to disclose any possible conflict of interest. These include financial conflict of interest (for example patent, ownership, stock ownership, consultancies, speaker's fee). The information should be disclosed under Acknowledgements.

2.6 Appeal of Decision

Authors who wish to appeal the decision on their submitted paper may do so by emailing the editorial office with a detailed explanation for why they find reasons to appeal the decision.

2.7 Permissions If all or parts of previously published illustrations are used, permission must be obtained from the copyright holder concerned. It is the author's responsibility to obtain these in writing and provide copies to the Publishers.

2.8 Copyright Assignment

Authors are no longer required to assign copyright in their paper. Instead authors are required to assign the exclusive licence to publish their paper to Wiley-Blackwell, BSPD and the IAPD. Assignment of the exclusive licence is a condition of publication and papers will not be passed to the publisher for production unless licence has been assigned. (Papers subject to government or Crown copyright are exempt from this requirement; however, the form still has to be signed). A completed [Copyright Transfer Agreement](#) (CTA) must be received by the Production Editor before any manuscript can be published. Authors must send the completed original CTA by regular mail upon receiving

notice of manuscript acceptance, i.e., do not send the CTA at submission. Faxing or e-mailing the CTA does not meet requirements.

TheCTA should be mailed to:

Enrico Jay Ventura
Production Editor
Wiley-Blackwell
Wiley Services Singapore Pte Ltd
600 North Bridge Road
#05-01 Parkview Square
Singapore 188778
or scanned by email to ipd@wiley.com

Correspondence to the journal is accepted on the understanding that the contributing author licences the publisher to publish the letter as part of the journal or separately from it, in the exercise of any subsidiary rights relating to the journal and its contents.

For questions concerning copyright, please visit [Wiley-Blackwell's Copyright FAQ](#)

2.9 Online Open

OnlineOpen is available to authors of primary research articles who wish to make their article available to non-subscribers on publication, or whose funding agency requires grantees to archive the final version of their article. With OnlineOpen, the author, the author's funding agency, or the author's institution pays a fee to ensure that the article is made available to non-subscribers upon publication via Wiley InterScience, as well as deposited in the funding agency's preferred archive.

For the full list of terms and conditions, see
http://wileyonlinelibrary.com/onlineopen#OnlineOpen_Terms.

Any authors wishing to send their paper OnlineOpen will be required to complete the payment form available from our website at:
<https://wileyonlinelibrary.com/onlineopen>

Prior to acceptance there is no requirement to inform an Editorial Office that you intend to publish your paper OnlineOpen if you do not wish to. All OnlineOpen articles are treated in the same way as any other article.

They go through the journal's standard peer-review process and will be accepted or rejected based on their own merit.

3. MANUSCRIPT SUBMISSION PROCEDURE

Articles for the *International Journal of Paediatric Dentistry* should be submitted electronically via an online submission site. Full instructions and support are available on the site and a user ID and password can be obtained on the first visit. Support is available by phone (+1 434 817 2040 ext. 167) or [here](#). If you cannot submit online, please contact Isabel Martinez in the Editorial Office by telephone (+44 (0)1865 476519) or by e-mail IPDedoffice@wiley.com

3.1. Getting Started

Launch your web browser (supported browsers include Internet Explorer 5.5 or higher, Safari 1.2.4, or Firefox 1.0.4 or higher) and go to the journal's online submission site:

<http://mc.manuscriptcentral.com/ijpd>

*Log-in or, if you are a new user, click on 'register here'.

*If you are registering as a new user.

- After clicking on 'Create Account', enter your name and e-mail information and click 'Next'. Your e-mail information is very important.

- Enter your institution and address information as appropriate, and then click 'Next.'

- Enter a user ID and password of your choice (we recommend using your e-mail address as your user ID), and then select your area of expertise. Click 'Finish'.

*If you are already registered, but have forgotten your log in details, enter your e-mail address under 'Password Help'. The system will send you an automatic user ID and a new temporary password.

*Log-in and select 'Author Center'.

3.2. Submitting Your Manuscript

After you have logged into your 'Author Center', submit your manuscript by clicking on the submission link under 'Author Resources'.

* Enter data and answer questions as appropriate.

* You may copy and paste directly from your manuscript and you may upload your pre-prepared covering letter. **Please note** that a separate *Title Page* must be submitted as part of the submission process as a 'Supplementary File Not for Review' and should contain the following:

- Word count (excluding tables)
- Authors' names, professional and academic qualifications, positions and places of work. They must all have actively contributed to the overall design and execution of the study/paper and should be listed in order of importance of their contribution
- Corresponding author address, and telephone and fax numbers and email address

*Click the 'Next' button on each screen to save your work and advance to the next screen.

*You are required to upload your files.

- Click on the 'Browse' button and locate the file on your computer.
- Select the designation of each file in the drop down next to the Browse button.
- When you have selected all files you wish to upload, click the 'Upload Files' button.

* Review your submission (in HTML and PDF format) before completing your submission by sending it to the Journal. Click the 'Submit' button when you are finished reviewing.

3.3. Manuscript Files Accepted

Manuscripts should be uploaded as Word (.doc) or Rich Text Format (.rft) files (not write-protected) plus separate figure files. GIF, JPEG, PICT or Bitmap files are acceptable for submission, but only high-resolution TIF or EPS files are suitable for printing. The files will be automatically converted to HTML and a PDF document on upload and will be used for the review process. The text file must contain the entire manuscript including title page, abstract, text, references, tables, and figure legends, but no embedded figures. In the text, please reference figures as for instance 'Figure 1', 'Figure 2' to match the tag name you choose for the individual figure files uploaded. Manuscripts should be formatted as described in the Author Guidelines below. Please note that any manuscripts uploaded as Word 2007 (.docx) will be automatically rejected. Please save any .docx file as .doc before uploading.

3.4. Review Process

The review process is entirely electronic-based and therefore facilitates faster reviewing of manuscripts. Manuscripts will be reviewed by experts in the field (generally two reviewers), and the Editor-in-Chief makes a final decision. *The International Journal of Paediatric Dentistry* aims to forward reviewers' comments and to inform the

corresponding author of the result of the review process. Manuscripts will be considered for 'fast-track publication' under special circumstances after consultation with the Editor-in-Chief.

3.5. Suggest a Reviewer

International Journal of Paediatric Dentistry attempts to keep the review process as short as possible to enable rapid publication of new scientific data. In order to facilitate this process, please suggest the names and current email addresses of a potential international reviewer whom you consider capable of reviewing your manuscript and their area of expertise. In addition to your choice the journal editor will choose one or two reviewers as well.

3.6. Suspension of Submission Mid-way in the Submission Process

You may suspend a submission at any phase before clicking the 'Submit' button and save it to submit later. The manuscript can then be located under 'Unsubmitted Manuscripts' and you can click on 'Continue Submission' to continue your submission when you choose to.

3.7. E-mail Confirmation of Submission

After submission you will receive an e-mail to confirm receipt of your manuscript. If you do not receive the confirmation e-mail after 24 hours, please check your e-mail address carefully in the system. If the e-mail address is correct please contact your IT department. The error may be caused by some sort of spam filtering on your e-mail server. Also, the e-mails should be received if the IT department adds our e-mail server (uranus.scholarone.com) to their whitelist.

3.8. Manuscript Status

You can access ScholarOne Manuscripts any time to check your 'Author Center' for the status of your manuscript. The Journal will inform you by e-mail once a decision has been made.

3.9. Submission of Revised Manuscripts

Revised manuscripts must be uploaded within 2 months of authors being notified of conditional acceptance pending satisfactory revision. Locate your manuscript under 'Manuscripts with Decisions' and click on 'Submit a Revision' to submit your revised manuscript. Please remember to delete any old files uploaded when you upload your revised manuscript. All revisions must be accompanied by a cover letter to the editor. The letter must a) detail on a point-by-point basis the author's

response to each of the referee's comments, and b) a revised manuscript highlighting exactly what has been changed in the manuscript after revision.

4. MANUSCRIPT TYPES ACCEPTED

Original Articles: Divided into: Summary, Introduction, Material and methods, Results, Discussion, Bullet points, Acknowledgements, References, Figure legends, Tables and Figures arranged in this order. The summary should be structured using the following subheadings: Background, Hypothesis or Aim, Design, Results, and Conclusions and should be less than 200 words. A brief description, in bullet form, should be included at the end of the paper and should describe What this paper adds and Why this paper is important to paediatric dentists.

Review Articles: may be invited by the Editor.

Short Communications: should contain important, new, definitive information of sufficient significance to warrant publication. They should not be divided into different parts and summaries are not required.

Clinical Techniques: This type of publication is best suited to describe significant improvements in clinical practice such as introduction of new technology or practical approaches to recognised clinical challenges.

Brief Clinical Reports: Short papers not exceeding 800 words, including a maximum of three illustrations and five references may be accepted for publication if they serve to promote communication between clinicians and researchers. In contrast to original articles, contributions to this section will not undergo peer-review but will be assessed by the editorial team. If the paper describes a genetic disorder, the OMIM unique six-digit number should be provided for online cross reference (Online Mendelian Inheritance in Man).

A paper submitted as a Brief Clinical Report should include the following:

- a short **Introduction** (avoid lengthy reviews of literature);

- the **Case report** itself (a brief description of the patient/s, presenting condition, any special investigations and outcomes);
- a **Comment** which should highlight specific aspects of the case(s), explain/interpret the main findings and provide a scientific appraisal of any previously reported work in the field.

Letters to the Editor: Should be sent directly to the editor for consideration in the journal.

5. MANUSCRIPT FORMAT AND STRUCTURE

5.1. Format

Language: The language of publication is English. Authors for whom English is a second language must have their manuscript professionally edited by an English speaking person before submission to make sure the English is of high quality. It is preferred that manuscript is professionally edited. A list of independent suppliers of editing services can be found at

http://authorservices.wiley.com/bauthor/english_language.asp. All services are paid for and arranged by the author, and use of one of these services does not guarantee acceptance or preference for publication

5.2. Structure

The whole manuscript should be double-spaced, paginated, and submitted in correct English. The beginning of each paragraph should be properly marked with an indent.

Original Articles (Research Articles): should normally be divided into: Summary, Introduction, Material and methods, Results, Discussion, Bullet points, Acknowledgements, References, Figure legends, Tables and Figures arranged in this order.

Summary should be structured using the following subheadings: Background, Hypothesis or Aim, Design, Results, and Conclusions.

Introduction should be brief and end with a statement of the aim of the study or hypotheses tested. Describe and cite only the most relevant earlier studies. Avoid presentation of an extensive review of the field.

Material and methods should be clearly described and provide enough detail so that the observations can be critically evaluated and, if necessary repeated. Use section subheadings in a logical order to title each category or method. Use this order also in the results section. Authors should have considered the ethical aspects of their research and should ensure that the project was approved by an appropriate ethical committee, which should be stated. Type of statistical analysis must be described clearly and carefully.

(i) Experimental Subjects: Experimentation involving human subjects will only be published if such research has been conducted in full accordance with ethical principles, including the World Medical Association [Declaration of Helsinki](#) (version 2008) and the additional requirements, if any, of the country where the research has been carried out. Manuscripts must be accompanied by a statement that the experiments were undertaken with the understanding and written consent of each subject and according to the above mentioned principles. A statement regarding the fact that the study has been independently reviewed and approved by an ethical board should also be included. Editors reserve the right to reject papers if there are doubts as to whether appropriate procedures have been used.

(ii) Clinical trials should be reported using the CONSORT guidelines available at www.consort-statement.org. A [CONSORT checklist](#) should also be included in the submission material.

International Journal of Paediatric Dentistry encourages authors submitting manuscripts reporting from a clinical trial to register the trials in any of the following free, public clinical trials registries: www.clinicaltrials.gov, <http://clinicaltrials.ifpma.org/clinicaltrials/>, <http://isrctn.org/>. The clinical trial registration number and name of the trial register will then be published with the paper.

(iii) DNA Sequences and Crystallographic Structure Determinations: Papers reporting protein or DNA sequences and crystallographic structure determinations will not be accepted without a Genbank or Brookhaven accession number, respectively. Other supporting data sets must be made available on the publication date from the authors directly.

Results should clearly and concisely report the findings, and division using subheadings is encouraged. Double documentation of data in text,

tables or figures is not acceptable. Tables and figures should not include data that can be given in the text in one or two sentences.

Discussion section presents the interpretation of the findings. This is the only proper section for subjective comments and reference to previous literature. Avoid repetition of results, do not use subheadings or reference to tables in the results section.

Bullet Points should include two headings:

- *What this paper adds and
- *Why this paper is important to paediatric dentists.
- *Provide maximum 3 bullets per heading.

Review Articles: may be invited by the Editor. Review articles for the *International Journal of Paediatric Dentistry* should include: a) description of search strategy of relevant literature (search terms and databases), b) inclusion criteria (language, type of studies i.e. randomized controlled trial or other, duration of studies and chosen endpoints), c) evaluation of papers and level of evidence. For examples see:

Twetman S, Axelsson S, Dahlgren H et al. Caries-preventive effect of fluoride toothpaste: a systematic review. *Acta Odontologica Scandinavica* 2003; 61: 347-355.

Paulsson L, Bondemark L, Söderfeldt B. A systematic review of the consequences of premature birth on palatal morphology, dental occlusion, tooth-crown dimensions, and tooth maturity and eruption. *Angle Orthodontist* 2004; 74: 269-279.

Clinical Techniques: This type of publication is best suited to describe significant improvements in clinical practice such as introduction of new technology or practical approaches to recognised clinical challenges. They should conform to highest scientific and clinical practice standards.

Short Communications: Brief scientific articles or short case reports may be submitted, which should be no longer than three pages of double spaced text, and include a maximum of three illustrations. They should contain important, new, definitive information of sufficient significance to warrant publication. They should not be divided into different parts and summaries are not required.

Acknowledgements: Under acknowledgements please specify contributors to the article other than the authors accredited. Please also include specifications of the source of funding for the study and any potential conflict of interests if appropriate. Suppliers of materials should be named and their location (town, state/county, country) included.

5.3. References

A maximum of 30 references should be numbered consecutively in the order in which they appear in the text (Vancouver System). They should be identified in the text by bracketed Arabic numbers and listed at the end of the paper in numerical order. Identify references in text, tables and legends. Check and ensure that all listed references are cited in the text. Non-refereed material and, if possible, non-English publications should be avoided. Congress abstracts, unaccepted papers, unpublished observations, and personal communications may not be placed in the reference list. References to unpublished findings and to personal communication (provided that explicit consent has been given by the sources) may be inserted in parenthesis in the text. Journal and book references should be set out as in the following examples:

1. Kronfol NM. Perspectives on the health care system of the United Arab Emirates. *East Mediter Health J.* 1999; 5: 149-167.
2. Ministry of Health, Department of Planning. Annual Statistical Report. Abu Dhabi: Ministry of Health, 2001.
3. Al-Mughery AS, Attwood D, Blinkhorn A. Dental health of 5-year-old children in Abu Dhabi, United Arab Emirates. *Community Dent Oral Epidemiol* 1991; 19: 308-309.
4. Al-Hosani E, Rugg-Gunn A. Combination of low parental educational attainment and high parental income related to high caries experience in preschool children in Abu Dhabi. *Community Dent Oral Epidemiol* 1998; 26: 31-36.

If more than 6 authors please, cite the three first and then et al. When citing a web site, list the authors and title if known, then the URL and the date it was accessed (in parenthesis). Include among the references papers accepted but not yet published; designate the journal and add (in press). Please ensure that all journal titles are given in abbreviated form.

We recommend the use of a tool such as [EndNote](#) or [Reference Manager](#) for reference management and formatting. EndNote reference styles can

be searched for here: www.endnote.com/support/enstyles.asp. Reference Manager reference styles can be searched for here: www.refman.com/support/rmstyles.asp.

5.4. Illustrations and Tables

Tables: should be numbered consecutively with Arabic numerals and should have an explanatory title. Each table should be typed on a separate page with regard to the proportion of the printed column/page and contain only horizontal lines

Figures and illustrations: All figures should be submitted electronically with the manuscript via ScholarOne Manuscripts (formerly known as Manuscript Central). Each figure should have a legend and all legends should be typed together on a separate sheet and numbered accordingly with Arabic numerals. Avoid 3-D bar charts.

Preparation of Electronic Figures for Publication: Although low quality images are adequate for review purposes, print publication requires high quality images to prevent the final product being blurred or fuzzy. Submit EPS (lineart) or TIFF (halftone/photographs) files only. MS PowerPoint and Word Graphics are unsuitable for printed pictures. Do not use pixel-oriented programmes. Scans (TIFF only) should have a resolution of 300 dpi (halftone) or 600 to 1200 dpi (line drawings) in relation to the reproduction size (see below). EPS files should be saved with fonts embedded (and with a TIFF preview if possible).

For scanned images, the scanning resolution (at final image size) should be as follows to ensure good reproduction: lineart: >600 dpi; half-tones (including gel photographs): >300 dpi; figures containing both halftone and line images: >600 dpi.

Further information can be obtained at Wiley-Blackwell's guidelines for figures: <http://authorservices.wiley.com/bauthor/illustration.asp>.

Check your electronic artwork before submitting it: <http://authorservices.wiley.com/bauthor/echecklist.asp>.

Permissions: If all or parts of previously published illustrations are used, permission must be obtained from the copyright holder concerned.

It is the author's responsibility to obtain these in writing and provide copies to the publisher.

ANEXO D – Normas para publicação do artigo 2 e 4.

Journal of Dental Education

Instructions for Authors

The Journal of Dental Education is a distinguished monthly journal published continuously since 1936. It provides coverage of a wide variety of scientific and educational research in dental and allied dental education. Internationally recognized as the premier journal for academic dentistry, the JDE publishes articles on such topics as innovative testing methodologies, curriculum reform, faculty development, the impact on oral health research of recent findings in such areas as genetics and the brain, dental and allied dental admissions, professional and educational ethics, and systematic reviews of clinical trials regarding oral, dental, and craniofacial diseases and disorders. The JDE is one of only a few scholarly journals that are publishing the most important work being done in dental and allied dental education and research today.

The Editor welcomes submissions that report research and address issues in the following areas:

- 1) Critical Issues in Dental Education;
- 2) Milieu in Dental Schools and Practice;
- 3) Educational Methodologies;
- 4) Evidence-Based Dentistry;
- 5) Faculty Development;
- 6) Transfer of Advances in Sciences into Dental Education;
- 7) International Perspectives on Dental Education; and
- 8) From the Students' Corner.

Authors from outside North America are welcome to submit articles in any of these eight areas, as well as the International Perspectives section, which is dedicated to work that is primarily relevant to the author's geographic area. Students are also welcome to submit articles in any of the eight areas and are especially encouraged to submit to the From the Students' Corner section, which is open to an extremely wide range of subject matter. Authors who wish to submit manuscripts in areas beyond these eight should check with the Editor first.

All manuscripts must be written in English and submitted exclusively to the Journal of Dental Education in order to be considered for publication.

Preparing Manuscripts for Submission

The Journal of Dental Education has moved to an electronic submission and review workflow-based system. Working with ScholarOne Manuscripts, the JDE will now accept all submission at <http://mc.manuscriptcentral.com/jdentaled>. Authors upload manuscripts directly to the website, receive email notifications, and track their submissions online through the editorial and review process. Online help is available throughout the process. It may be helpful to read the complete instructions first, posted online at the publisher's website, www.adea.org/publications/jde/Pages/Submitting-to-the-Journal-of-Dental-Education.aspx.

There is no charge for submission. Authors are urged to follow the “Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals.” These requirements, developed by the International Committee of Medical Journal Editors and now in their fifth edition (1997), can be found in the New England Journal of Medicine 1997;336:309-15 and on that journal’s website.

The following summarizes these requirements as well as specific JDE procedures. Note that these requirements pertain specifically to the initial submission of manuscripts. When an article has been or is close to being accepted, the editor will provide its author with the “Production Guide for JDE Authors,” which should be followed in preparing the final version of the article for printing.

Document Preparation. Create the document on pages with margins of at least 1 inch (25 mm). Use double-spacing throughout, including title page, abstract, text, acknowledgments, references, tables, and legends for illustrations, and number pages consecutively. Begin each of the following sections on separate pages: title page, abstract and key words, text, acknowledgments, references, individual tables, and legends. Do not embed tables and figures in the body of the text. If figures or other illustrations are unusually large files, submit them as separate documents.

Title Page. The title page should carry: 1) the title of the article, which should be concise but informative; 2) first name, middle initial, and last name of each author, with highest academic degrees; 3) each author or coauthor's job title, department, and institution; 4) disclaimers if any; 5) name, address, phone, fax, and email of author responsible for correspondence about the manuscript and requests for reprints; and 6) the source(s) in the form of grants, equipment, drugs, etc. See articles in the issue for examples.

Abstract and Key Words. The second page should carry the title and an abstract of no more than 150-200 words. The abstract should state the purposes of the study or investigation, basic procedures, main findings, and principal conclusions. Subheads should not be used in the abstract. Below the abstract, provide—and identify as such—three to ten key words or short phrases that will assist indexers in cross-indexing the article and that may be published with the abstract. Use terms from the Medical Subject Headings listed in Index Medicus.

Text. The body of the manuscript should be divided into sections preceded by appropriate subheads. Major subheads should be typed in capital letters at the left-hand margin. Secondary subheads should appear at the left-hand margin and be typed in upper and lower case and put in bold face. Tertiary subheads should be typed in upper and lower case and be underlined.

References. Number references consecutively in the order in which they are first mentioned in the text. Identify references by Arabic numerals, and place them as superscript numerals within the sentence. Do not link the references to their numbers as footnotes or endnotes. References cited only in tables or legends to figures should appear as a source note to the table or figure.

Follow the style of these general examples, which are based on the formats used in Index Medicus. Titles of journals should be abbreviated according to the Index Medicus style. If there are more than six authors, list the first six and use et al.

Book

1. Avery JK. Essentials of oral histology and embryology: a clinical approach. 2nd ed. St. Louis: Mosby, 2000. Chapter in an Edited Volume

2. Inglehart MR, Filstrup SL, Wandera A. Oral health and quality of life in children. In: Inglehart MR, Bragman RA, eds. Oral health-related quality of life. Chicago: Quintessence Publishing Co., 2002:79-88.

Article in a Journal

3. Seale NS, Casamassimo PS. U.S. predoctoral education in pediatric dentistry: its impact on access to dental care. J Dent Educ 2003;67(1):23-9.

Report

4. Commission on Dental Education. Accreditation standards for dental education programs. Chicago: American Dental Association, 2002.

Tables. All tables must have a title and at least two columns. Arrange column headings so that their relation to the data is clear. Indicate explanatory notes to items in the table with reference marks (*, †). Cite each table in the text in the order in which it is to appear. Identify tables with Arabic numerals (e.g., Table 1).

Illustrations. Illustrations should not exceed 8 ½ x 11 inches, and all lettering should be at least 1 ½ mm high. Cite each figure in the text in the order in which it is to appear (e.g., Figure 1). Figures should not be used where tables are more economical. If your figures include scientific images in which fine detail is important, please call attention to this point to both the Editor and Managing Editor so that special procedures may be followed. If your article is accepted for publication, we may request illustrations in hard copy rather than electronic format. If you are asked to do so, submit two clear, unmounted glossy photographs or original line drawings of each figure (do not submit negatives), and place the name of the author and the figure number on the back of each illustration.

Human Subjects. It is the author's responsibility to obtain approval or exempt status from his or her institution's Human Subjects Institutional Review Board or Committee for studies involving human subjects. After securing approval from the required board or committee, the author will have a signed human consent form on every subject in the study. Failure to meet these two requirements is likely to place the manuscript under consideration in jeopardy and lead to a rejection.

Production Procedures

Review Process. Manuscripts will be peer-reviewed by individuals, selected by the Editor, who have expertise and experience pertinent to the topic of the article. The journal follows a blind peer review process, with close to 200 individuals serving as reviewers. The Editor and/or Associate Editor also review all manuscripts. The review process can take up to three months. Currently, approximately 55 percent of manuscripts are accepted, 30 percent are rejected, and the remaining submissions are returned to their authors with encouragement to revise and resubmit. If a manuscript is not accepted, the author will receive the reviewers' comments, but manuscript copies will not be returned.

Preparing the Final Manuscript. If the manuscript is accepted or provisionally accepted, an edited version will be returned to the author with the reviewers' comments for the author's approval, possible rewriting, and retyping. At that time, the Editor will also provide the author with the "Production Guide for JDE Authors," which outlines the style and formatting requirements of this journal. After the author has made the requested changes, the manuscript is returned for final review and editing to the Editor. If acceptable, the Editor then sends the manuscript to the Managing Editor, Lynn Whittaker, who copyedits it and prepares it for printing.

Copyright Transfer. Also on acceptance or provisional acceptance of the manuscript for publication, the Editor will provide the author with a copyright transfer form. This form specifies that the work is original and that the author holds all rights in the article and is transferring them to the journal for paper and online publication. If the article is coauthored, all authors must sign the copyright transfer form.

Page Proof Review. Authors will receive page proofs of their articles by fax, along with instructions for marking and returning it to the Managing Editor, who also reads the proof. You will have three to five business days to review the proofs and return them.

The JDE staff attempts to make sure that the entire publication cycle, from time of notification of acceptance of an article until its appearance in a published issue, is no more than three months.

Reprints

Authors of articles to be published will receive a reprint order form with their page proofs. Authors who wish to order reprints are urged to order them at the same time the issue is being printed for the most timely and efficient service; however, reprint orders may be taken at any time after publication of the issue. The price of reprints varies with the page count of the article and the quantity of reprints ordered. Reprint orders can be submitted to Merideth Menken, Senior Director of Publications and Communications.

Following the launch of the online version of the JDE in the summer of 2004, copies of individual articles may also be acquired online, whether by the authors themselves or by other readers.

The JDE permits photocopying of articles for the noncommercial purpose of educational and scientific advancement. Requests for permission to photocopy articles should be directed to Merideth Menken, Senior Director for Publications and Communications.

Key Contact Information

Proofs. Return proofs and all information concerning final publication to Lynn Whittaker, Managing Editor, American Dental Education Association, 1400 K Street, NW, Washington, DC 20005; WhittakerL@ADEA.org.

Advertising and Copyright Permissions. Address all correspondence relating to advertising, copyright, and other matters of business to Merideth Menken, Senior Director of Publications and

Communications, ADEA, 1400 K Street, NW, Suite 1100, Washington, DC 20005; 202-289-7201, ext. 173, phone; 202-289-7204 fax; MenkenM@ADEA.org.

Book and Software Reviews. If you are interested in reviewing books for the journal, contact the Book Review Coordinator: Dr. Stephen L. Silberman, Director, Mississippi Area Health Education Centers and Professor and Director, Public Health Dentistry, University of Mississippi, 350 Woodrow Wilson Drive, Suite 3512, Jackson, MS 39213; ssilberman@umc.edu. If you are interested in reviewing software for the journal, contact the Software Review Coordinator: Dr. Titus Schleyer, Director, Center for Dental Informatics, School of Dental Medicine, University of Pittsburgh, 3501 Terrace St., Pittsburgh, PA 15261; 412-648-8886 phone; 412-648-9960 fax; titus@pitt.edu.